

**해결안 통지**

DS 1804 (Rev. 11/06)

심리가 요청 되었던 사람의 이름(신청인)	OAH 소송 번호:
주소	주간 전화 번호.
인증된 대표자의 이름	신청인과의 관계
주소	주간 전화 번호.

지역 센터 또는 주 개발 센터의 이름

상기 문의한 건이 다음 절차를 통하여 만족스럽게 해결이 되었습니다: (적절한 박스에 표시를 하십시오.)

- 지역 센터 또는 주 개발 센터의 디렉터 또는 그/그녀의 피지명인과의 비공식 회의
- 중재
- 그 외(아래에 설명을 하시오)

신청자 또는  
위임된 대리인의 서명 > \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

지역 센터 또는  
개발 센터 대표자의 서명 > \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**원고 또는 위임된 대리인의 서명을 받을 수 없을 때 지역 센터 또는 주 개발 센터 직원에 의해 작성되어야 함.**

본인은 위증의 처벌 하에 본인이 신청인 또는 신청인의 위임된 대리인과 개인적으로 이야기를 하였으며, 그 사람이 내게 심리를 위해 인식된 문제가 해결 되었으며, 더 이상 심리가 필요하지 않다고 진술 하였음을 보증합니다. 이 양식의 사본은 신청인과 OAH 에 동시에 배포 될 것입니다.

지역 센터 또는  
개발 센터 대표자의 인쇄체 이름 > \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

지역 센터 또는  
개발 센터 대표자의 서명 > \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

---

## 설명 사항

1. 귀하 또는 귀하의 위임된 대리인은 공정 심리 절차 도중 언제라도 공정 심리를 더 이상 원하지 않는다고 결정 할 수 있습니다.
2. 만일 당신의 공정 심리 요청서에서 인지된 또는 문제들이 비공식 회의를 통해서, 또는 다른 방법을 통해서 만족스럽게 해결 되었으면 귀하는 그 공정 심리를 취소하기 위해 이 양식을 작성하여 반드시 지역 센터 또는 주 개발 센터에 제출 하셔야 만 합니다. 만일 문제 또는 문제들이 중재를 통해 해결 되었으면 귀하는 반드시 이 양식을 작성하여 중재자에게 제출 하셔야만 합니다.
3. 지역 센터 또는 주 개발 센터의 결정, 또는 중재 동안 동의한 최후 해결책은 지역 센터, 주 개발 센터 또는 중재인이 이 해결 통지서를 수령한 10일 후로부터 적절하게 효력을 발휘합니다.

---

Distribution: Office of Administrative Hearings

Regional Center/State Developmental Center

Department of Developmental Services

Claimant