

해결 통지 (NOR)

DS 1822 (개정. 03/2023)

***필수 필드**

* DDS 추적 번호란 무엇입니까?

* 기존 OAH 사례 번호가 있습니까? 예 아니요
"예"라고 대답한 경우, OAH 사례 번호가 무엇입니까?

이 이의 제기 대상자의 이름:

*이름: *성: *생년월일:
어떤 지역 센터에서 이 해결 통지를 보냈습니까? 고유 클라이언트 식별자 (UCI), (있는 경우)

위임 대리인 이름 (해당하는 경우):

이름: 성: 청구인과의 관계

* 이의 제기 신청은 다음 절차를 통해 철회되었습니다.
(해당 확인란을 선택합니다)

<input type="checkbox"/> 비공식 회의 전 해결	해결 날짜: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 비공식 회의에서 해결	해결 날짜: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 조정 시 해결	해결 날짜: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 해결 없이 철회됨	해결 날짜: <input type="text"/>

해결 내용 또는 해결 없이 이의 제기를 철회한 이유 요약:

아래에 서명함으로써 이 양식의 정보가 사실임을 확인합니다.

이의를 제기한 사람 또는 위임 대리인 서명:

날짜:

리저널센터 또는 주 운영 시설 담당자 서명:

날짜:

위의 공간에 서명하고 날짜를 기록해야 합니다. 이는 수기 또는 전자 방식의 서명입니다. 이름을 입력하면 이 양식에 전자 서명하는 데 동의하는 것입니다.

이의를 제기한 사람 또는 그 사람이 승인한 대리인의 서명을 얻을 수 없을 때 리저널센터 또는 주에서 운영하는 시설 직원이 완료해야 합니다.

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건으로 본인이 직접 이의를 제기한 사람 또는 이의를 제기한 사람의 위임 대리인과 이야기했으며, 이의를 제기한 사람이 이의를 제기한 문제가 해결되었으며 더 이상 이의를 제기할 필요가 없음을 증명합니다. 이 양식의 사본은 부서, 이의를 제기한 사람 또는 그들의 위임 대리인 및 행정 청문회 사무소에 동시에 배포됩니다.

리저널센터 또는 주 운영 시설 담당자 서명:

날짜:

위의 공간에 서명하고 날짜를 기록해야 합니다. 이는 수기 또는 전자 방식의 서명입니다. 이름을 입력하면 이 양식에 전자 서명하는 데 동의하는 것입니다.

행정적으로 종료됨 (설명 필요)