

**决议通知 (NOR)**

DS 1822 (版本号: 03/2023)

**\*必填项目**

\*DDS追踪号是多少?

\*是否已有OAH案件编号? 是 否  
如回答为是, OAH案件编号是多少?

**申诉当事人姓名:**

\*名:  \*姓:  \*出生日期:

此NOR由哪家区域中心提供?

唯一的客户识别码 (UCI), 如有

**授权代表的姓名 (如适用):**

名:  姓:  与申诉者的关系:

\*申诉申请已通过以下程序撤回:  
(请勾选适用选项的方框)

<input type="checkbox"/> 已在非正式会议之前解决争议	决议日期: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 已通过非正式会议解决争议	决议日期: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 已通过调解解决争议	决议日期: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 无决议撤回	决议日期: <input type="text"/>

请概述决议内容, 或解释为什么在没有达成决议的情况下撤回申诉:

本人在下方签名，即代表本人证明本表格所填写的资料均真实无误。

申诉人或授权代表签名：

日期：

区域中心或州政府运营机构签名：

日期：

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

如无法取得申诉人或其授权代表的签名，则由区域中心或州政府运营机构工作人员填写。

本人证明，本人已亲自与申诉者或其授权代表进行了交流，并且其向我表示，申诉争议事项已经解决，不再需要申诉。如有不实，本人甘愿接受作伪证之处罚。本表格副本将同步发送至发展服务部、申诉者或其授权代表以及行政听证办公室。

区域中心或州政府运营机构签名：

日期：

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

行政结案（必须解释说明）