

THÔNG BÁO GIẢI QUYẾT KHÁNG NGHỊ (NOR)**DS 1822** (Phiên bản sửa đổi 03/2023)***Mục thông tin bắt buộc***** Mã số Theo dõi của DDS là gì?** ***Đã có sẵn Mã số Ca bệnh của OAH chưa?** Có Không
Nếu có, Mã số Ca bệnh của OAH là gì? **Tên Chủ thể của Kháng nghị này:*****Tên:** ***Họ và Tên đệm:** ***Ngày sinh:** Trung tâm khu vực nào cung cấp NOR này? Mã định danh Khách hàng Duy nhất (UCI), nếu có **Tên của Đại diện Theo Ủy quyền (nếu có):****Tên:** **Họ và Tên đệm:** **Quan hệ với Người khiếu nại:** ***Việc rút lại yêu cầu kháng nghị phải được thực hiện theo quy trình sau:**
(Vui lòng chọn ô thích hợp)

<input type="checkbox"/> Được giải quyết trước Cuộc họp Không chính thức	Ngày Giải quyết:
<input type="checkbox"/> Được giải quyết tại Cuộc họp Không chính thức	Ngày Giải quyết:
<input type="checkbox"/> Được giải quyết tại Buổi hòa giải	Ngày Giải quyết:
<input type="checkbox"/> Được rút lại mà không được Giải quyết	Ngày Giải quyết:

Tóm tắt phương án giải quyết hoặc lý do rút lại kháng nghị mà không được giải quyết:

Bằng việc ký vào bên dưới, tôi xác nhận rằng các thông tin trong biểu mẫu này là hoàn toàn chính xác.

Chữ ký của Người kháng nghị hoặc Đại diện Theo Ủy quyền:

Ngày:

Chữ ký của Trung tâm Khu vực hoặc Cơ sở Chăm sóc do Tiểu bang Vận hành:

Ngày:

Quý vị phải ký và ghi ngày vào chỗ trống ở trên. Có thể ký bằng mực hoặc chữ ký điện tử. Khi quý vị nhập tên có nghĩa là quý vị đã đồng ý rằng mình đã ký vào biểu mẫu này bằng chữ ký điện tử.

NHÂN VIÊN CỦA TRUNG TÂM KHU VỰC HOẶC CƠ SỞ CHĂM SÓC DO TIỂU BANG VẬN HÀNH SẼ HOÀN THÀNH MỤC NÀY KHI KHÔNG THỂ LẤY CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI KHÁNG NGHỊ HOẶC ĐẠI DIỆN THEO ỦY QUYỀN CỦA HỌ.

Tôi xin xác nhận theo hình phạt về khai man rằng tôi đã trao đổi trực tiếp với người kháng nghị hoặc đại diện theo ủy quyền của họ và người đó đã nói với tôi rằng các vấn đề cần kháng nghị đã được giải quyết và không còn cần thiết phải thực hiện việc kháng nghị nữa. Một bản sao của biểu mẫu này sẽ được gửi đồng thời cho Sở Dịch vụ Phát triển, người kháng nghị hoặc đại diện theo ủy quyền của họ và Văn phòng Điều trần.

Chữ ký của Trung tâm Khu vực hoặc Cơ sở Chăm sóc do Tiểu bang Vận hành:

Ngày:

Quý vị phải ký và ghi ngày vào chỗ trống ở trên. Có thể ký bằng mực hoặc chữ ký điện tử. Khi quý vị nhập tên có nghĩa là quý vị đã đồng ý rằng mình đã ký vào biểu mẫu này bằng chữ ký điện tử.

Đã kết thúc về mặt thủ tục hành chính (Phải Giải thích)
