ទម្រង់លិខិតពន្យារការអនុវត្តសេចក្ដីសម្រេចរបស់សវនការ

[Insert regional center logo, letterhead, etc.]

[Insert date]

កម្មវត្ថុ៖ សេចក្ដីសម្រេចចុងក្រោយរបស់សវនការ – [Insert case number, consumer name]

សូមគោរព [Insert consumer or authorized representative’s name] :

មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ត្រូវតែអនុវត្តនូវអ្វីដែលសេចក្ដីសម្រេចចុងក្រោយរបស់សវនការបានតម្រូវ ឲ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើទៅបាននៅក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃ ដោយអនុលោមតាមក្រមសុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន ផ្នែក 4713.5។ ប្រសិនបើមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់មិនអាចអនុវត្តសេចក្ដីសម្រេចនោះក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃដោយសារតែកាលៈទេសៈពិសេស នោះមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ត្រូវតែជម្រាបអ្នក និងក្រសួងសេវាគាំពារពិការភាពខួរក្បាល (DDS)។ លិខិតនេះមានគោលបំណងជម្រាបអ្នកថាយើងមិនអាចអនុវត្តរាល់អ្វីៗដែលសេចក្ដីសម្រេចចុងក្រោយរបស់សវនការបានតម្រូវនៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនោះទេ។

សេចក្ដីសម្រេចរបស់សវនការបានតម្រូវឲ្យយើងខ្ញុំ៖

1. [Insert requirement of final hearing decision using numbered bullets for each requirement. Add more numbers if needed].

យើងមិនអាចអនុវត្តរាល់អ្វីៗដែលសេចក្ដីសម្រេចចុងក្រោយរបស់សវនការបានតម្រូវនៅក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនោះទេ។ ជាពិសេស, [Insert #s associated only with requirements in the final hearing decision that cannot be done within 30 days] នៅក្នុងសេចក្ដីសម្រេចចុងក្រោយរបស់សវនការដែលមានចុះកាលបរិច្ឆេទ [Insert date [Insert date , មិនអាចអនុវត្តបានក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃឡើយ។

ព័ត៌មានខាងក្រោមនេះបង្ហាញអំពីមូលហេតុដែលយើងមិនអាចអនុវត្តបញ្ហាទាំងនេះបានក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃ។

យើងមិនអាចអនុវត្តចំណុចនានាដែលមានបង្ហាញនៅក្នុង [Insert #] បានទេដោយសារតែកាលៈទេសៈពិសេសដូចតទៅ៖ Click or tap here to enter text

យើងបានចាត់វិធានការទាំងនេះរួចហើយ ដើម្បីអនុវត្តនូវអ្វីដែលបានតម្រូវនៅក្នុង [Insert #]: Click or tap here to enter text.

យើងកំពុងធ្វើចំណុចខាងក្រោមនេះដើម្បីអនុវត្ត [Insert #]: Click or tap here to enter text.

យើងរំពឹងថាការកែប្រែខាងក្រោមដែលតម្រូវដោយសេចក្ដីសម្រេចចុងក្រោយរបស់សវនការនឹងត្រូវបានអនុវត្តដោយ៖

* [Insert # of item on page 1 that cannot be implemented], ដោយ Click or tap to enter a date.
* [Replicate the row above for any additional items.]

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងលិខិតនេះ ឬត្រូវការជំនួយពន្យល់អំពីលិខិតនេះ សូមទាក់ទង [Name] តាមលេខទូរសព្ទ [Phone number] ឬអ៊ីមែលតាមអាសយដ្ឋាន៖ [Email address]។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទាក់ទងការិយាល័យបណ្ដឹងសាទុក្ខសហគមន៍ និងដំណោះស្រាយ (Community Appeals and Resolutions) តាមលេខ 916-245-8220, តាមអាសយដ្ឋនអ៊ីមែល HearingImplementation@dds.ca.gov, ឬតាមរយៈការបំពេញទម្រង់ជំនួយលើសេចក្ដីសម្រេចរបស់សវនការ (Hearing Decision Help) តាមអនឡាញ <https://www.surveymonkey.com/r/HearingImpDelay-Consumers>។

ដោយក្ដីគោរព,

[Name of Sender]

[Title]

[Email Address]

[Phone Number]