

解決書 (Notification of Resolution : NOR)

DS 1822 (改訂版 03/2023)

*必須項目

*DDS追跡番号を教えてください。

*OAHケース番号はありますか？☐はい☐いいえ

「はい」の場合、OAH追跡番号を教えてください

異議申し立ての対象者：

*名：

*氏：

*生年月日：

この NOR を発行した地域センターを教えてください。

クライアント固有識別子

(Unique Client Identifier : UCI) (該当する場合)

代理人の氏名 (該当する場合)：

名：

氏：

申請者との関係：

*以下の手続きにより、異議申し立てが取り下げられました。
(該当する項目をチェック)

☐ 非公式な面談の前に解決した	解決日：
☐ 非公式な面談で解決した	解決日：
☐ 調停で解決した	解決日：
☐ 解決せず取り下げ	解決日：

解決の内容、または解決せずに異議申し立てを取り下げた理由を要約してください。

以下の署名により、このフォームに記載された情報が真実であることを保証します。

異議申し立て人または代理人の署名：

日付：

地域センターまたは州営施設の署名：

日付：

上記の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

地域センターまたは州営施設の職員が、異議申し立て人またはその代理人の署名を得られない場合に記入します。

私は、偽証の罰則規定に基づき、私自身が異議申し立て人またはその代理人と対話し、異議申し立ての対象となった問題は解決され、異議申し立てが不要となったと通知されたことを証明します。このフォームの写しは、部署、異議申し立て人またはその代理人、および審議事務局（Office of Administrative Hearings）に同時に配布されます。

地域センターまたは州営施設の署名：

日付：

上記の空欄に署名と日付を記入してください。手書きまたは電子的に署名することができます。氏名を入力することで、このフォームに電子的に署名したものとみなされます。

☐ 手続き上、終了済（説明必須）