

信義誠実レター

[Insert Regional Center letterhead]

日付

Insert Client or Authorized Representative Name 様

insert name of service, frequency of service, for duration of service.について、Click or tap to enter a date.に Choose an item.でお話しいただき、ありがとうございました。

このレターでは、地域センターの決定案についてご説明します。当センターとしては、Enter name of service を Choose an item.することを決定しました。

理由としましては、insert reason for the decision.。

あなたは Insert reason for good faith belief.ため、この決定に同意したものとみなされます。

OPTIONAL PARAGRAPH:

以下の追加情報を共有します。Insert additional information or delete the paragraph.

この決定に同意される場合、これ以上何もする必要はありません。この決定について相談したい場合は、ご連絡ください。

この決定にご同意いただけない場合は、通知書（**Notice of Action : NOA**）と呼ばれる正式な書面にて説明いたしますので、ご連絡ください。また、この決定について、添付の異議申し立てフォームを使用して異議申し立てを行うこともできます。このフォームはオンラインでも入手できます

（<https://bit.ly/DDSAppealForm>）。異議申し立て手続きには、非公式な面談、調停、審議の3つの形式があり、これらのうち1つ、またはすべてを要求することができます。また、手続きが始まってから選択を変更することも可能です。異議申し立て手続きとあなたの権利についての詳しい情報は、（<https://bit.ly/AppealInfoPacket>）でご覧いただけます。

異議申し立ての権利について理解し、異議申し立てフォームに記入するための支援を受けることもできます。私に直接電話（[my phone number]）するか、発達障害サービス局のオンブズパーソン室（**Office of the Ombudsperson**）（(877) 658-9731）、またはクライアントの権利擁護室（**Office of Clients' Rights Advocacy**）の地域のアドボケイト（Insert CRA contact info）までお問い合わせください。

ご協力ありがとうございます。

敬具

Name of Sender

Title

Email Address

Phone Number

添付：

異議申し立てフォーム