

លិខិតបញ្ជាក់អះអាង  
[Insert Regional Center letterhead]

កាលបរិច្ឆេទ

Insert Client or Authorized Representative Name ជាទីគោរព

អរគុណចំពោះ: Choose an item. ជាមួយខ្ញុំនៅថ្ងៃទី Click or tap to enter a date. ស្តីពី insert name of service, frequency of service, for duration of service. របស់អ្នក។

លិខិតនេះនឹងពន្យល់អំពីសេចក្តីសម្រេចដែលបានស្នើឡើងរបស់មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់។ យើងគឺជា Choose an item. Enter name of service។

យើងនឹងធ្វើដូច្នោះពីព្រោះ: insert reason for the decision។

ខ្ញុំជឿជាក់ថាអ្នកបានយល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះពីព្រោះ: Insert reason for good faith belief ។

**OPTIONAL PARAGRAPH:**

លើសពីនេះទៀត ខ្ញុំសូមចែករំលែកព័ត៌មានខាងក្រោមនេះជាមួយអ្នក: Insert additional information or delete the paragraph។

ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីបន្ថែមទៀតឡើយ។  
ប្រសិនបើអ្នកចង់ពិភាក្សាលើសេចក្តីសម្រេចនេះ សូមទាក់ទងខ្ញុំ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះទេ  
សូមទាក់ទងខ្ញុំដើម្បីទទួលបានសេចក្តីពន្យល់ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាផ្លូវការដែលហៅថា  
“សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីវិធានការ” (NOA)។  
អ្នកក៏មានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះដោយប្រើទម្រង់សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខភ្ជាប់ជាមួយនេះផងដែរ។ ទម្រង់នេះមាននៅតាមអនឡាញផងដែរតាម: <https://bit.ly/DDSAppealForm> ។  
នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខមានបីផ្នែក។ ផ្នែកទាំងនេះមានកិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ ការនាំសម្រុះសម្រួល និងសវនការ។  
អ្នកអាចស្នើសុំផ្នែកណាមួយ ឬទាំងអស់។  
អ្នកអាចប្តូរជម្រើសរបស់អ្នកនៅពេលក្រោយនៅក្នុងនីតិវិធីនេះផងដែរ។  
ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ និងសិទ្ធិរបស់អ្នកអាចឃើញមាននៅលើគេហទំព័រ  
<https://bit.ly/AppealInfoPacket> ។

អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយពន្យល់អំពីសិទ្ធិបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក និងបំពេញទម្រង់សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខ។  
អ្នកអាចស្នើសុំជំនួយនេះបានពីខ្ញុំតាមលេខទូរស័ព្ទ [my phone number], ឬពីការិយាល័យ Ombudsperson  
នៃក្រសួងសេវាគាំទ្រពិការភាពខ្មែរក្បាលតាមលេខ: (877) 658-9731,  
ឬពីអ្នកគាំពារក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នកនៅក្នុងការិយាល័យគាំពារសិទ្ធិអភិវឌ្ឍនភាព Insert CRA contact info ។

Click or tap here to enter text. សូមអរគុណដែលបានសហការជាមួយយើងខ្ញុំ។

ដោយក្តីគោរព,

Name of Sender  
Title  
Email Address  
Phone Number

លិខិតភ្ជាប់  
ទម្រង់សំណើបណ្តឹងសាទុក្ខ