

異議申し立て変更フォーム

DDS追跡番号 : OAHケース番号 :
異議申し立て対象者（原告）の氏名 :
Eメールアドレス（ビデオを希望される場合） :
地域センター :

異議申し立て手続きには、3つの形式があります。このフォームを使用して、使用する形式を変更します。
すでに利用した形式は、再度要求することはできません。

異議申し立て手続きの追加、取り消し、変更を希望される場合は、以下を選択してください。

☐ 非公式な面談 ☐ 追加 ☐ 取り消し ☐ 変更	地域センター事務局長または事務局が指定した担当者と面談を行います。あなたと地域センターは、異議申し立ての解決に努めます。 希望する非公式な面談の方法 : ☐ 対面、 ☐ ビデオ、 ☐ 電話
☐ 調停 ☐ 追加 ☐ 取り消し ☐ 変更	申立人と地域センターが調停委員を交えて面談します。調停委員は中立の立場で、別の州の部局の人です。調停委員は、あなたと地域センターが、異議申し立てを解決するのを助けます。 希望する調停の方法 : ☐ 対面、 ☐ ビデオ、 ☐ 電話
☐ 審議 ☐ 追加 ☐ 取り消し ☐ 変更	審議は、審議官を交えて行われます。審議官は中立の立場で、別の州の部局の人です。審議官は異議申し立てに関する事実を聴取します。 希望する審議の方法 : ☐ 対面、 ☐ ビデオ、 ☐ 電話

変更点を説明してください（必要な場合）。

異議申し立て対象者、未成年の子の親、
正式な代理人、保佐人、後見人、または弁護士の名 :

日付 :

上記の空欄に署名と日付を記入してください。署名は、手書きでも電子署名でもかまいません。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。

顧客機密情報、カリフォルニア州福祉施設法典 第4514条および第5328条、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律