

申诉申请变更表

DS 1823 (2023年4月修订)

申诉申请变更表

申诉相关信息

DDS系统追踪号:

OAH案件编号 (如适用):

申诉涉及人士 (申诉人) 姓名:

电子邮件地址 (如要求视频会议):

区域中心:

申诉程序共有三部分。请从下方选择您希望 **添加到** 申诉流程的环节。不能申请添加已经使用过的环节。

注: 如果您在下方选择视频会议, 您必须提供电子邮件地址。

<input type="checkbox"/> 非正式会议	您与区域中心主任或其指定人士会面。您与区域中心将尝试解决您的申诉诉求。 我希望我的非正式会议以以下方式召开: <input type="checkbox"/> 面对面; <input type="checkbox"/> 视频会议; 和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议
<input type="checkbox"/> 调解	您和区域中心与调解员会面。调解员是一位保持中立立场的人士。调解员会协助您和区域中心就您的申诉事项达成协议。 我希望我的调解会议以以下方式召开: <input type="checkbox"/> 面对面; <input type="checkbox"/> 视频会议; 和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议
<input type="checkbox"/> 听证会	您的听证会由听证官主持。听证官听取您和区域中心描述各自的情况。听证官会协助您摆明事实。听证官将保证听证会的公平, 以非正式的形式解决争议。随后听证官会对您的申诉做出裁决。 我希望我的听证会以以下方式召开: <input type="checkbox"/> 面对面; <input type="checkbox"/> 视频会议; 和/或 <input type="checkbox"/> 电话会议

申诉人、未成年子女的父母、授权代表、照管人、监护人或律师的签名:

日期:

您必须在上方空白处签名并注明日期。接受手写签名或电子签名。输入您的姓名即代表您认同您已经在本表上完成电子签名。

机密客户信息, 《加州福利与机构法典》第4514节和第5328节, 《健康保险便利和责任法案》