ترقیاتی خدمات کا شعبہ
آفس آف دی کمیونٹی اپیلز اینڈ ریزولیوشنز

ریاست کیلیفورنیا - صحت اور انسانی خدمات کی ایجنسی
اپیل کی درخواست میں تبدیلی کا فارم
)نظر ثانی- 05/2024) DS 1823

اپیل کی درخواست میں تبدیلی کا فارم

DDS ٹریکنگ نمبر: _____ OAH کیس نمبر: _____

اس شخص کا نام جس کے لیے اپیل ہے (مدعی): _____

ای میل ایڈریس (اگر ویڈیو کی درخواست کی گئی ہے): _____

ریجنل سینٹر: _____

اپیل کے عمل کے تین حصے ہوتے ہیں۔ آپ کس حصے کا استعمال کرنا چاہتے ہیں اسے تبدیل کرنے کے لیے اس فارم کا استعمال کریں۔ اگر آپ نے عمل کا ایک حصہ پہلے ہی استعمال کر لیا ہے، تو آپ اس کی دوبارہ درخواست نہیں کر سکتے ہیں۔

اگر آپ کچھ شامل کرنا، منسوخ کرنا یا اپیل کے عمل کے کسی حصے کو تبدیل کرنا چاہتے ہیں، تو براہِ کرم ذیل میں منتخب کریں:

☐ **غیر رسمی میٹنگ** ☐ شامل کریں ☐ منسوخ کریں ☐ تبدیل کریں	آپ ریجنل سینٹر کے ڈائریکٹر یا ان کے منتخب کردہ کسی فرد سے ملاقات کرتے ہیں۔ آپ اور ریجنل سینٹر آپ کی اپیل کو حل کرنے کی کوشش کریں گے۔ میں چاہتا ہوں کہ میری غیر رسمی میٹنگ ایسے ہو: ☐ بالمشافہ؛ ☐ بذریعہ ویڈیو؛ ☐ بذریعہ فون
☐ **ثالثی** ☐ شامل کریں ☐ منسوخ کریں ☐ تبدیل کریں	آپ اور ریجنل سینٹر ایک ثالث کے ساتھ ملاقات کرتے ہیں۔ ثالث کسی مختلف ریاستی محکمے کا ایک غیر جانبدار فرد ہوتا ہے۔ ثالث آپ کی اپیل کے بارے میں معاہدہ کرنے میں آپ کی اور ریجنل سینٹر کی مدد کرتا ہے۔ میں چاہتا ہوں کہ میری ثالثی ایسے ہو: ☐ بالمشافہ؛ ☐ بذریعہ ویڈیو؛ ☐ بذریعہ فون
☐ **سماعت** ☐ شامل کریں ☐ منسوخ کریں ☐ تبدیل کریں	آپ کی سماعت، ایک سماعتی افسر کے ساتھ ہے۔ سماعت کا افسر کسی دوسرے ریاستی محکمے کا ایک غیر جانبدار فرد ہوتا ہے۔ سماعتی افسر اپیل کے بارے میں حقائق کو سنتا ہے۔ میں چاہتا ہوں کہ میری سماعت ایسے ہو: ☐ بالمشافہ؛ ☐ بذریعہ ویڈیو؛ ☐ بذریعہ فون

اپنی تبدیلیاں واضح کریں (اگر درکار ہو):

_____

اس شخص، نابالغ بچے کے والدین کے دستخط جس کے لیے اپیل ہے،
مجاز نمائندہ، محافظ، سرپرست، یا اٹارنی: _____ **تاریخ:** _____

آپ کو لازماً درج بالا جگہ پر دستخط کرنے اور تاریخ درج کرنی چاہئیے۔ اس پر قلم سے یا بطور الیکٹرانک دستخط کیے جا سکتے ہیں۔ اپنے نام پر ٹیپ کرتے ہوئے آپ اس امر پر متفق ہیں کہ آپ نے اس فارم پر الیکٹرانک طور پردستخط کر دیئے ہیں۔

کلائنٹ کی رازدارانہ معلومات، کیلیفورنیا ویلفیئر اینڈ انسٹی ٹیوشنز کوڈ سیکشنز 4514 اور 5328، ہیلتھ انشورنس پورٹیبلٹی اینڈ احتساب ایکٹ