

決議通知 (NOR)

DS 1822-CH TRAD (Rev. 03/2023)

必填欄位** DDS 追蹤號碼是什麼？***** 是否有現有的 OAH 個案編號？** ☐ 是 ☐ 否

如果是，OAH 個案編號是什麼？

上訴人姓名：

*** 名字：***** 姓氏：***** 出生日期：**

哪個區域中心提供此 NOR？

唯一客戶識別碼 (UCI) (如果有)

授權代表姓名 (如適用)：

名字：

姓氏：

與申請人的關係：

*** 上訴請求已透過以下流程撤回：**
(請勾選適當的方框)

☐ 非正式會議前已解決	決議日期：
☐ 非正式會議上已解決	決議日期：
☐ 經調解解決	決議日期：
☐ 未經決議撤回	決議日期：

概述解決方案，或說明為什麼撤回上訴而未解決的原因：

透過下面的簽名，我確認此表格上的資訊均真實。

上訴人或授權代表簽名：

日期：

區域中心或州營運的設施簽名：

日期：

您必須在上面空白處簽名並註明日期。此文件可使用墨水簽名或電子簽名。通過鍵入您的姓名，即表示您同意已經以電子方式簽署此表格。

當無法獲得上訴人或其授權代表的簽名時，需由區域中心或州運營設施的工作人員填寫。

我確認我已親自與上訴人或其授權代表交談，該人向我表示，上訴中提出的問題已經解決，且不再需要繼續上訴；如有虛假，我願意承擔偽證處罰。此表格的副本將同時分發給發展服務部、上訴人或其授權代表，以及行政聽證辦公室。

區域中心或州營運的設施簽名：

日期：

您必須在上面空白處簽名並註明日期。此文件可使用墨水簽名或電子簽名。通過鍵入您的姓名，即表示您同意已經以電子方式簽署此表格。

☐ 行政結案（必須解釋）