



## Ходатайство об обжаловании пересмотренного решения пункта ASAP

Для ходатайства об обжаловании Пересмотренного решения Пункта предоставления услуг для пожилых (ASAP) вам следует заполнить эту форму и вернуть ее по ниже указанному адресу не позднее тридцати (30) календарных дней со дня получения Пересмотренного решения Пункта ASAP:

Hearing Coordinator  
Executive Office of Elder Affairs  
One Ashburton Place, Fifth Floor  
Boston, MA 02108

1. Имя: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_

2. Я не согласен с пересмотренным решением пункта ASAP потому, что:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я требую обжалования этого решения.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

3. Я предпочел бы (отметьте один пункт):

- ☐ участвовать в слушании по телефону \_\_\_\_\_ (номер телефона).  
☐ участвовать в слушании лично.

4. Я хотел бы, чтобы на слушании меня представлял следующий человек:

Имя: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Кем приходится вам: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_

Управление по делам пожилых свяжется с вами после получения данного ходатайства. Не позднее тридцати (30) календарных дней со дня получения этого ходатайства Управлением по делам пожилых, вас известят о времени, дате и месте проведения слушания. Вы также можете представить копии документов, которые вы планируете использовать в поддержку своей апелляции.

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с менеджером, ведущим ваше дело, по номеру: \_\_\_\_\_