



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

Mẫu Đơn Xin Cơ Quan Aging Services Access Point Tái Xét

Để xin một buổi Tái Xét về quyết định Của Cơ Quan Aging Services Access Point, quý vị phải điền và gửi lại mẫu đơn này trong vòng ba mươi (30) ngày tính theo lịch kể từ ngày quý vị nhận được thông báo về quyết định.

Gửi qua đường bưu điện hoặc tới nộp mẫu đơn này tại: _____

Xin điền tất cả các mục thích hợp:

1. Tên: _____ Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố/Thị Trấn: _____

2. Tôi không đồng ý với quyết định của ASAP về việc thay đổi các dịch vụ của tôi.
Tôi xin khiếu nại quyết định này.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

3. Tôi muốn (đánh dấu vào một ô):

☐ có một buổi tái xét qua điện thoại tại _____ (số điện thoại).

☐ một buổi duyệt xét gặp gỡ trực diện.

4. Tôi muốn người sau đây đại diện cho tôi:

Tên: _____

Số Điện Thoại: _____ Mối liên hệ: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố/Thị Trấn: _____

Quý vị sẽ nhận được thư thông báo về ngày giờ và địa điểm của buổi họp tái xét trong vòng bảy (7) ngày tính theo lịch kể từ ngày cơ quan ASAP nhận được mẫu đơn này. Buổi họp Tái Xét sẽ được tổ chức trong vòng hai mươi một (21) ngày tính theo lịch kể từ ngày cơ quan ASAP nhận được mẫu đơn này.

Nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc với Quản Lý Viên Hỗ Sơ của quý vị tại số: _____