



Mẫu Đơn Xin Khiếu Nại Quyết Định Tái Xét của ASAP

Để xin khiếu nại quyết định tái xét của ASAP: trong vòng ba mươi (30) ngày tính theo lịch kể từ ngày quý vị nhận được quyết định tái xét của ASAP, quý vị phải điền và gửi lại mẫu đơn này cho:

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

1. Tên: _____ Số Điện Thoại: _____

Địa Chỉ: _____

Thành Phố/Thị Trấn: _____

2. Tôi không đồng ý với quyết định tái xét của ASAP bởi vì:

Tôi xin khiếu nại quyết định này.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

3. Tôi muốn (đánh dấu vào một ô):

- ☐ có một buổi điều trần qua điện thoại tại số _____ (số điện thoại).
☐ một buổi điều trần gặp gỡ trực diện.

4. Tôi muốn người sau đây làm đại diện cho tôi tại buổi điều trần này:

Tên: _____

Số Điện Thoại: _____ Mối liên hệ: _____

Địa Chỉ: _____ Thành Phố/Thị Trấn: _____

Văn Phòng Sự Vụ Cho Người Cao Niên sẽ liên lạc với quý vị sau khi họ nhận được mẫu đơn này. Trong vòng ba mươi (30) ngày tính theo lịch sau khi Văn Phòng Sự Vụ Cho Người Cao Niên nhận được mẫu đơn này, quý vị sẽ được thông báo về ngày, giờ và địa điểm của buổi điều trần. Quý vị cũng có thể nộp bản sao của các tài liệu mà quý vị dự định sử dụng để biện hộ cho sự khiếu nại của mình.

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