DSHS 行政听证申请
(DSHS Administrative Hearing Request)

I. 供上诉人填写 （申请行政听证之人）

基本信息

1. 合法全名	2. 电话（主要）（及地区代码）	3. 备用电话（如有）

4. 当前住址

5. 本人申请行政听证来对成最初的实质性判决提出质疑，理由如下（您之后可以对此进 行更改）：

1. 您在行政出庭过程中是否需要协助，如口译员或残疾人士服务？

代表信息

2. 是否有人会代表您出席听证会？ ☐ 是 ☐ 否	3. 此代表是否为律师？ ☐ 是 ☐ 否

4. 代表姓名	5. 代表的组织	6. 代表的电话

7. 代表的地址

签名

8. 签名	9. 日期

II. 供 DSHS 填写

行政听证办公室 (Office of Administrative Hearings, OAH) 信息

	DSHS 调查编号
	行政听证办公室 (OAH) 电话（及地区代码）
	OAH 免费电话
	OAH 传真（及地区代码）

DSHS 行政听证申请
DSHS 27-178 说明

根据 Washington 行政法典 (Washington Administrative Code, WAC) 388-71-0090，您有权申请行政听证，以对 DSHS 作出的实质性最初判决提出质疑。为申请听证会，您须以书面形式向行政听证办公室 (OAH) 寄送以下最低要求的信息 (WAC 388-71-0100)：

- 合法全名、当前住址及犯罪嫌疑人的电话号码；
- 简要说明该犯罪嫌疑人不同意实质性最初判决的原因；及
- 说明该犯罪嫌疑人在行政上诉过程中需要的任何协助，包括口译员或残疾人服务。

OAH 须在以下两个日期之前收到此信息 (WAC 388-71-0100)：

- 自本部通知函邮寄日起之第三十个（第 30 个）日历日的下午 5 点之前；或
- 自本部通知函当面交给犯罪嫌疑人之日起之第三十个（第 30 个）日历日的下午 5 点之前。

为申请听证会，您须填写此表或在上述日期前向此表中提到的 OAH 办公室提交书面申请，附上上述最低要求的信息。

表格说明：

- 第 I 节 – **必填**
  - 方框 (1) 到 (4) – 提供要求的信息。
  - 方框 (5) – 说明您不同意最初判决的理由。您之后可以对此进行更改。
  - Box (6) – 针对听证过程中需要的任何协助提出申请。若需要口译服务，请附上对应语言。协助不包括代表服务（如为您提供一名律师）。
- 第 I 节 – 选填
  - 方框 (7) 和 (8) – 是否有人代表您？您之后可以对此进行更改。
  - 方框 (9) 到 (12) – 仅在您有代表时提供此信息。

  方框 13 和 14 为必填项。
- 第 II 节 – **必填**
  - DSHS 将提供有关您的判决的信息，以及当地 OAH 办公室的联络信息。

此表或行政听证书面申请的寄送地址：

- DSHS 将提供此表的副本以及实质性最初判决书。DSHS 将为您提供您当地 OAH 办公室的地址、电话号码及传真号。
- 请将此表寄送给 OAH。**请勿将此表寄给社会与卫生服务部 (Department of Social and Health Services, DSHS)。**
- 请将您的实质性最初判决书副本及此表寄送给 OAH。
- 请保留一份此表的副本，以作记录。

此表或行政听证书面申请的寄送方式：

- 您可以将行政听证申请邮寄或传真给 OAH。
- 若您传真申请，则您须在当天邮寄一份申请副本。