DSHS 행정심의 요청서
(DSHS Administrative Hearing Request)

I. 소원인 작성란 (행정심의 신청자)

기본사항

1. 법적 이름	2. 전화 (대표번호) (지역번호 포함)	3. 대체전화 (해당 시)

4. 현재 주소

5. 인은한 초기확인사실에 대해 다음과 같은 사유로 이의를 제기하고자 행정심의를 요청합니다 (추후 변경할 수 있습니다):

5. 귀하는 행정출두절차에 있어 통역 또는 장애인 편의시설 등의 지원이 필요합니까?

대리인 정보사항

6. 심의 진행 시 대리인이 출석합니까? ☐ 예 ☐ 아니요	7. 본 대리인이 변호사입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

8. 대리인 이름	9. 대리인이 속한 단체명	10. 대리인 전화번호

11. 대리인 주소

서명란

12. 서명	13. 날짜

II. DSHS 기재란

행정심의국(Office of Administrative Hearings, OAH) 정보사항

	DSHS 심사관 ID
	OAH 전화번호 (지역번호 포함)
	OAH 무료 전화
	OAH 팩스번호 (지역번호 포함)

DSHS 행정심의 요청서

DSHS 27-178 작성요령

귀하는 Washington 행정법(Washington Administrative Code, WAC) 388-71-0090 에 따라 DSHS 이 행한 초기사실확인에 대해 행정심의를 통해 이의를 제기할 권리가 있습니다. 심의를 요청할 경우, 서면양식으로 다음의 최소필수정보를 행정심의국(OAH)에 보내야 합니다(WAC 388-71-0100):

- 가해혐의자의 법적 이름, 현재 주소 및 전화번호;
- 가해혐의자가 초기확인사실에 동의하지 않는 이유에 대한 간단한 설명; 및
- 가해혐의자의 행정출두절차에 있어 통역 또는 장애인 편의 시설 등 필요로 하는 지원 사항에 대한 설명.

OAH 은 본 정보를 다음 중 이른 날짜까지 접수해야 합니다(WAC 388-71-0100):

- 본 부서에서 보낸 통지서에 표시된 우송일로부터 역일 기준 30 일 째 되는 날 오후 5 시 이전; 또는
- 본 부서에서 보낸 통지서가 가해혐의자에게 개인적으로 전달된 날로부터 역일 기준 30 일 째 되는 날 오후 5 시 이전.

심의를 신청하려면, 본 양식에서 규정한 날짜까지 OAH 에 본 양식을 작성하거나 위에 표시한 필요 정보가 포함된 서면요청서를 제출해야 합니다.

작성 요령:

- 섹션 I – **필수기재사항**
  - 1 번에서 4 번 항목까지 – 필요한 정보를 제공하십시오.
  - 5 번 항목 – 초기확인사실에 동의하지 않는 이유를 설명하십시오. 추후 변경할 수 있습니다.
  - 6 번 항목 – 심의 절차에 필요한 지원 사항을 요청하십시오. 통역이 필요한 경우 해당 언어를 포함하십시오. 법적 대리인은 해당 지원 사항에 포함되지 않습니다.
- 섹션 I – 선택기재사항
  - 7 번 및 8 번 항목 – 법적 대리인이 있습니까? 추후 변경할 수 있습니다.
  - 9 번에서 12 번 항목까지 – 법적 대리인이 있는 경우에 한해 해당 정보를 제공하십시오.

  13 번 및 14 번 항목은 필수기재사항입니다.
- 섹션 II – **필수기재사항**
  - DSHS 은 귀하에게 불리한 확인사실과 관련된 정보 및 OAH 의 연락처를 제공할 것입니다.

행정 심의를 위한 본 양식 또는 서면 요청서 발송처:

- DSHS 은 초기확인사실이 나타난 편지와 함께 본 양식의 사본을 제공할 것입니다. DSHS 은 귀하에게 해당 OAH 의 주소, 전화번호 및 팩스번호를 제공할 것입니다.
- 본 양식을 OAH 에 우송하십시오. **본 양식을 사회건강서비스부(Department of Social and Health Services, DSHS)로 보내지 마십시오.**
- 귀하에 대한 초기확인사실이 나타난 편지의 사본을 본 양식과 함께 OAH 에 우송하십시오.
- 기록을 위해 본 양식의 사본을 보관하십시오.

행정심의를 위한 본 양식 또는 서면요청서 발송 방법:

- 행정심의 요청은 OAH 에 우편 또는 팩스로 보낼 수 있습니다.
- 팩스 요청 시, 동일한 날에 본 요청서 사본을 우편으로 보내야 합니다.