



ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງ
REQUEST FOR HEARING

ອີງຕາມມາດຕະຮາ 388-02 ສຳລັບກົດລະບຽບການຟັງເຮືອງຂອງກົມ DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION DATE

ສິ່ງໄປທີ່: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
ບ່ອນຢູ່ໄປສະນີ: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489
ແຟກຊ໌: 360-586-6563

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງສຳລັບການປະຕິເສດໃນການຊ່ວຍເຫລືອພະຍາບານ ຫລື ການບໍລິການຈາກໂຄງການປົນປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກຄວບຄຸມ
ນຳຂອງກົມ DSHS ຂອງທ່ານ, ທ່ານ ຕ້ອງໄດ້ ເຮັດການດຳເນີນການອຸທອນຂອງໂຄງການຂອງທ່ານໃຫ້ແລ້ວ ກ່ອນທີ່ ທ່ານຈະສາມາດຍື່ນຂໍເອົາການຟັງເຮືອງ.
(WAC 388-538-112)

ຂ້ອຍຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຍ້ອນວ່າຂ້ອຍບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນຕໍ່ລົງໄປນີ້ໂດຍກົມສັງຄົມ ແລະ ສົງຄາະ (DSHS) ຫລື ໂຄງການປົນປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກຄວບຄຸມນຳຂອງກົມ
DSHS ຂອງຂ້ອຍ:

- ອະທິບາຍໂດຍຫຍໍ້ ຫຼືສິ່ງທີ່ກົມ DSHS ຫລື ໂຄງການປົນປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກຄວບຄຸມນຳຂອງກົມ DSHS ຂອງທ່ານໄດ້ເຮັດ ຫລື ບໍ່ໄດ້ເຮັດ (ຕື່ມຫນ້າເຈ້ຍໃສ່ຖ້າ
ຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການບອນວາງເພີ່ມເຕີມ); ແລະ
ຕິດຄັດໃບໂກປີຂອງໃບແຈ້ງການທີ່ທ່ານອໍອຸທອນໃສ່ ມານຳ, ຖ້າເປັນໄປໄດ້.

ຊື່ຂອງທ່ານ (ກະຈຸນາຂຽນເປັນຕົວພິມ) ວັນເກີດ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີຂອງບຸກຄົນຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງ ເລກ ID ລູກຄ້າ
ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ ເລກໂທລະສັບ (ລວມທັງແອເຣັງໂຄດ)
ໂທລະສັບສັ່ງຄວາມໄວ້

ຂ້ອຍໄດ້ຖືກແຈ້ງບອກກ່ຽວກັບຄຳຕັດສິນໃນ: ວັນທີ ໂດຍ: ຊື່ ແລະ ສະຖານທີ່ຂອງ CSO ຫລື ໂຄງການປົນປົວສຸຂະພາບທີ່ຖືກຄວບຄຸມນຳຂອງກົມ DSHS

ຂ້ອຍຢາກໃຫ້ການຊ່ວຍເຫລືອດຳເນີນຕໍ່ໄປ, ຖ້າຫາກວ່າຂ້ອຍມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ໂຄງການ:

ຂ້ອຍຖືກເປັນຕົວແທນໂດຍ (ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຈະເປັນຕົວແທນຂອງທ່ານເອງ, ຢ່າສູ່ຂຽນປະກອບສອງແຖວຕໍ່ໄປ):

ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທ່ານ ອົງການ ເລກໂທລະສັບ
ທີ່ຢູ່ ຖານີ ເມືອງ ຮັດ ຊືບໂຄດ

ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ມີການເປີດເຜີຍລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການຟັງເຮືອງຂອງຂ້ອຍໃຫ້ແກ່ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກບັງຄັບຂ້ອງເທິງນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ ວັນທີ

ທ່ານຕ້ອງການນາຍແປພາສາ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ການອຳນວຍຄວາມສະດວກຢ່າງອື່ນບໍ່ ສຳລັບການຟັງເຮືອງ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ ຫລື ການຊ່ວຍເຫລືອແນວໃດ?

ຈຳສານກົດໝາຍອຳນາດການປົກຄອງ (ALJ's) ອາດຈະດຳເນີນການຟັງເຮືອງໂດຍທາງໂທລະສັບ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການທີ່ຈະປ່ຽນມາເປັນການຟັງເຮືອງໂດຍຕົນເອງ.
ຈົ່ງປະຕິບັດຕາມຄຳຊີ້ນຳຢູ່ໃນໃບແຈ້ງການກ່ຽວກັບການຟັງເຮືອງຊຶ່ງຈະຖືກສົ່ງໄປຫາທ່ານໂດຍ OAH.