

AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION (AL TSA)
RESIDENTIAL CARE SERVICES (RCS) 행정심의회 신청
서 행정심의회 신청서 행정심의회 신청서 행정심의회 신청서
REQUEST FOR AN ADMINISTRATIVE HEARING

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

본인은 양로시설에서 본인에 대해 결정한 이동/퇴원에 대해 이의를 제기하고자 심의회를 요청합니다.

양로시설에서 제게 결정을 통지해 준 날짜는 다음과 같습니다. _____ 날짜

입소인 이름	전화번호
양로시설 이름	
양로시설 주소	
시	주 우편번호
통역관이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'일 경우 해당 언어: _____	
어떤 편의시설이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
'예'일 경우 필요 사항을 기술하십시오.	
입소인의 서명	날짜
양로시설 입소인이 스스로를 대변할 경우 아래 내용은 기입할 필요가 없습니다.	
입소인의 대변인	전화번호
주소	
시	주 우편번호
관계/기관	