

行政聽證會請求書

REQUEST FOR AN ADMINISTRATIVE HEARING

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

本人特此提出舉行聽證會的請求，對護理設施就本人轉院或出院事宜所作的決定提出反對。

我於 _____ 接獲護理設施的通知。
日期

住院者姓名	電話號碼
護理設施名稱	
護理設施地址	
城市	州 郵遞區號
您是否需要請一位口譯人員？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若需要，請問是何種語言？ _____	
您是否需要我們提供特殊便利條件？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若需要，請說明。	
住院者簽名	日期
若護理設施住院者準備自辯，則勿填寫下面的資訊。	
住院者代表的姓名	電話號碼
地址	
城市	州 郵遞區號
與當事人的關係/組織機構	