



AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION (AL TSA)  
 RESIDENTIAL CARE SERVICES (RCS)  
**SOLICITUD DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA**  
 REQUEST FOR AN ADMINISTRATIVE HEARING

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

Solicito una audiencia para disputar la decisión del establecimiento de enfermería de trasladarme/darme de alta.

Se me ha notificado respecto a la decisión del establecimiento de enfermería el \_\_\_\_\_ FECHA

NOMBRE DEL RESIDENTE		NÚMERO TELEFÓNICO	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA			
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    De ser sí, ¿qué idioma? _____			
¿Necesita arreglos especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser sí, describa:			
FIRMA DEL RESIDENTE		FECHA	
<b>NO LLENE LOS DATOS A CONTINUACIÓN SI EL RESIDENTE DEL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA SE REPRESENTARÁ A SÍ MISMO.</b>			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL RESIDENTE		NÚMERO TELEFÓNICO	
DOMICILIO			
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
PARENTESCO/ORGANIZACIÓN			