Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ZAHTJEV ZA SASLUŠANJE
REQUEST FOR HEARING
Prema Poglavlju 388.02 za DSHS pravila za pravedno saslušanje.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME	TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

POSLATI NA: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Zahtjevam saslušanje jer se ne slažem sa sljedećim odlukama Odsjeka sa socijalne i zdravstvene usluge (DSHS):

- Ukratko objasnite šta je DSHS uradio ili propustio da uradi (ako vam treba više mjesta, priložite dodatne stranice); i
- Ako je moguće priložite kopiju obavijesti na koju se žalite.

VAŠE IME (ŠTAMPAJTE)	DATUM ROĪENJA	SOCIAL SECURITY BROJ

ADRESA OSOBE KOJA ZAHTIJEVA SASLUŠANJE	ID BROJ KLIJENTA
GRAD / DRŽAVA / POŠTANSKI BROJ	BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM) ( ) ☐ BROJ ZA PORUKE

Obavješteňa sam o odluci dana _____ (DATUM) **od strane** _____ (IME I MJESTO DSHS UREDA)

Ukoliko ispunjavam uslove, želim nastaviti primati pomoć: ☐ Da ☐ Ne Program: _____

Zastupaće me (ukoliko zastupate sami sebe, ne popunjavajte naredna dva reda):

IME OSOBE KOJA VAS ZASTUPA	ORGANIZACIJA	

ADRESA ULICA	GRAD	DRZAVA	POŠTANSKI O

☐ **Dozvoljavam da se informacije o mom saslušanju ustupe osobi koja me zastupa.**

VAŠ POTPIS	DATUM

Da li vam treba prevodilac ili neka druga pomoć za saslušanje? ☐ Da ☐ Ne

Ako treba, za koji jezik ili kakva pomoć? _____

Sudije Upravnog zakona (ALJ) mogu održati neka saslušanja putem telefona. Ukoliko želite saslušanje uživo, slijedite instrukcije u Obavijesti o saslušanju koju će vam poslati OAH.