Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

PODANIE O PRZESŁUCHANIE

zgodnie z Rozdz. 388-02 zasad przesłuchań DSHS.

TYLKO DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ADRES POCZTOWY: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAKS: 360-586-6563

Proszę o przesłuchanie, ponieważ nie zgadzam się z poniższą decyzją Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej (DSHS):

- Należy zwięźle wyjaśnić, co DSHS zrobił, a czego nie zrobił (w razie potrzeby dołącz dodatkowe strony);
- W miarę możności należy załączyć kopię decyzji, od której składane jest odwołanie.

NAZWISKO PETENTA (PISMEM DRUKOWANYM)	DATA URODZENIA	NUMER SOCIAL SECURITY

ADRES OSOBY ŻĄDAJĄCEJ PRZESŁUCHANIA	NUMER IDENTYFIKACYJNY KLIENTA
MIEJSCOWOŚĆ / STAN / KOD POCZTOWY	NUMER TELEFONU (WRAZ Z NUMEREM KIERUNKOWYM) ☐ AUTOMATYCZNA SEKRETARKA

Zawiadomienie od decyzji: _____ nadawca: _____
DATA | NAZWA I ADRES BIURA DSHS

Proszę o dalszą pomoc, jeżeli mi przysługuje: ☐ Tak ☐ Nie Program: _____

Dane dotyczące przedstawiciela (wypełniają tylko osoby, które nie występują we własnym imieniu):

NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA	ORGANIZACJA	NUMER TELEFONU

ULICA I NUMER DOMU	MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY

☐ **Upoważniam do udzielenia mojemu przedstawicielowi informacji dotyczących przesłuchania.**

PODPIS PETENTA	DATA

Czy podczas przesłuchania potrzebuje Pan/i tłumacza lub innej pomocy albo ułatwienia? ☐ Tak ☐ Nie

Jeżeli tak, proszę wskazać język lub rodzaj pomocy _____

Sędziowie administracyjni (ALJ) mogą odbywać niektóre przesłuchania przez telefon. Jeżeli woli Pan/i przesłuchanie osobiste, proszę postępować zgodnie z pouczeniem na Zawiadomieniu o przesłuchaniu otrzymanym pocztą z OAH.