HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)

УВЕДОМЛЕНИЕ ДОУ/ РВА О ЗАПЛАНИРОВАННОМ ДЕЙСТВИИ

HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE

ПРОГРАММА
НОМЕР ДЕЛА

1. Ваше заявление было:
☐ Принято
☐ Отклонено
☐ Аннулировано

2. Ваши услуги были:
☐ Уменьшены
☐ Прерваны
☐ Приостановлены
☐ Изменены

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ* (СМОТРИТЕ ИНСТРУКЦИИ НИЖЕ):

Уважаемый:

1. Данное действие(я), которое проводится (проводятся), есть:

Это действие базируется на WAC (укажите все соответству
И производится потому, что:

ВВы имеете право просить Беспристрастное Слушание, если вы не соглашаетесь с этим действием. Вы имеете девяносто (90) дней от даты получения данного сообщения, чтобы попросить начать слушание. Чтобы попросить Беспристрастное Слушание, вы можете написать в OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.

Если вы в данное время получаете привилегии через вышеупомянутую программу, **вы будете иметь право получать ПОСТОЯННЫЕ ПРИВИЛЕГИИ, если обратитесь о Беспристрастном Слушании до "ДАТЫ ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ*, указанной выше.** Если Департамент выиграет слушание, у вас будет переплата за привилегии, которые были получены во время данного периода, которую вы будете должны возвратить. Если вы не желаете получать ПОСТОЯННЫЕ ПРИВИЛЕГИИ, вы должны письменно уведомить лицо, подписавшее это письмо.

Также вы имеете следующие права: 1) быть представленным; 2) вы можете иметь право на бесплатную юридическую помощь; 3) исследовать свое дело (досье); 4) добиться вызова свидетеля; 5) представлять показания лиц, которые не могут прибыть; 6) обсуждение до начала слушания; и 7) обжаловать решение Беспристрастного Слушания. Для дальнейшей информации попросите брошюру DSHS 22-092(X)) у лица, подписавшего это письмо. Если желаете, звоните:

_____

С уважением

_____
Подпись Социального служащего/Руководителя дела Дата

ИМЯ И АДРЕС ДОУ/ РВА

INSTRUCTIONS TO STAFF: When determining the EFFECTIVE DATE of this planned action, allow a minimum of 15 days from the date of mailing this letter to the client as your EFFECTIVE DATE of this action and as your SSPS C.E.D.

DISTRIBUTION: White - Client Yellow - File