



## Pedido de Recurso da Decisão dos Serviços do ASAP

Para pedir a revisão de uma decisão do ASAP, dentro de trinta (30) dias do calendário, a contar da altura em que tiver recebido a decisão da revisão do ASAP, deverá preencher e devolver este formulário para:

Hearing Coordinator  
Executive Office of Elder Affairs  
One Ashburton Place, Fifth Floor  
Boston, MA 02108

1. Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade/Vila: \_\_\_\_\_

2. Discordo da decisão de revisão tomada pelo ASAP porque:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Subcrevo, aqui, o meu pedido de recurso desta decisão.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

3. Gostaria de (marcar uma das opções):

- ☐ uma auditoria por telefone para o \_\_\_\_\_ (número de telefone).  
☐ uma auditoria em pessoa.

4. Gostaria de ser representado/a pela pessoa que aqui deixo indicada:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Relação de parentesco: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade/Vila: \_\_\_\_\_

A organização Assuntos da Terceira Idade entrará em contacto consigo logo que tenha recebido este formulário. Dentro de trinta (30) dias do calendário após a Assuntos da Terceira Idade ter recebido este formulário, será notificado/a sobre a hora, data e local da auditoria. Também pode submeter cópias dos documentos que tenciona usar para fundamentar o seu pedido de recurso.

Se tiver quaisquer perguntas a fazer, é favor contactar a pessoa encarregada da administração do seu caso, pelo telefone: \_\_\_\_\_