



សំណើសុំតវ៉ាសេចក្តីសម្រេចការពិនិត្យមើល **ASAP** ឡើងវិញ

ដើម្បីសុំតវ៉ាសេចក្តីសម្រេចការពិនិត្យមើល **ASAP** ឡើងវិញ : ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃនៃប្រក្រតិទិន ចាប់ពីថ្ងៃអ្នក បានទទួលសេចក្តីសម្រេចការពិនិត្យមើលឡើងវិញរបស់ លទ្ធភាពទទួលបានចំណុចការបំរើជំរាវ (ASAP) នោះអ្នកត្រូវតែបំពេញក្រដាសនេះ រួចផ្ញើត្រឡប់ទៅ :

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

1. ឈ្មោះ : _____ លេខទូរស័ព្ទ : _____

អាសយដ្ឋាន : _____

ទីក្រុង/ក្រុង : _____

2. ខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយសេចក្តីសម្រេចការពិនិត្យមើលឡើងវិញ ដែលបានធ្វើដោយ ASAP ទេ ពីព្រោះតែ

ខ្ញុំសូមស្នើសុំតវ៉ាចំពោះសេចក្តីសម្រេចនេះ ។

ហត្ថលេខា : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំ : _____

3. ខ្ញុំចង់សូម (គូសមួយ) :

☐ ឲ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញតាមទូរស័ព្ទ _____ (លេខទូរស័ព្ទ) ។

☐ ឲ្យមានការពិនិត្យមើលឡើងវិញដោយផ្ទាល់មុខ ។

4. ខ្ញុំចង់ឲ្យមនុស្សនៅខាងក្រោមធ្វើជាតំណាងខ្ញុំ :

ឈ្មោះ : _____

លេខទូរស័ព្ទ : _____ ទំនាក់ទំនង : _____

អាសយដ្ឋាន : _____ ទីក្រុង/ក្រុង : _____

ការិយាល័យកិច្ចការចាស់ទុំនឹងទាក់ទងមកអ្នក នៅពេលណាគេបានទទួលក្រដាសបំពេញនេះ ។ ក្នុងរយៈពេលសាមសិប (30) ថ្ងៃនៃប្រក្រតិទិន បន្ទាប់ពីការិយាល័យកិច្ចការចាស់ទុំទទួលបានក្រដាសបំពេញ អ្នកនឹងបានទទួលសំបុត្រជំរាបពីពេលវេលា ថ្ងៃខែឆ្នាំ និងទីកន្លែងនៃសវនាការ(ការស្តាប់រឿងហេតុ) ។ អ្នកក៏អាចបញ្ជូនច្បាប់ចម្លងនៃឯកសារទាំងឡាយ ដែលអ្នកបំរុងនឹងប្រើដើម្បីគាំទ្រដល់ការសុំតវ៉ារបស់អ្នកដែរ ។

បើអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទាក់ទងអ្នកចាត់ចែងសំណុំរឿងរបស់អ្នក តាមទូរស័ព្ទលេខ : _____