



Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services
Executive Office of Elder Affairs

對ASAP審核決定提出上訴的申請

欲對ASAP的審核決定提出上訴申請：在您收到ASAP的審核決定後的三十（30）個日曆日內您必須填寫本表，並將本表寄回至：

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

1. 姓名：_____ 電話號碼：_____

地址：_____

城鎮：_____

2. 因為以下原因，我不同意ASAP作出的審核決定：

我請求對該項決定提出上訴。

簽名：_____ 日期：_____

3. 我希望（勾選一項）：

☐ 用此處的電話號碼召開聽證會_____。（電話號碼）

☐ 召開人員出席聽證會。

4. 我希望由以下人士代表我出席聽證會：

姓名：_____

電話號碼：_____ 與本人的關係：_____

地址：_____ 城鎮：_____

年長者事務執行辦公室（Elder Affairs）一旦收到本表即會與您聯絡。在年長者事務辦公室收到本表後的三十（30）個日曆日內，您會收到聽證會召開的時間、日期及地址的通知。您還可以提交您計劃用於支持您的上訴的文件副本。

如果您有任何問題，請與您的個案經理聯絡，電話號碼：_____