



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

ASAP審核申請

欲對年長者服務部（ASAP）作出的決定提出審核申請：您必須在收到「訴訟通知」後的三十（30）個日曆日內填寫並寄回本表。

將本表郵寄或親自送至： _____

請填寫所有相關欄目：

1. 姓名：_____ 電話號碼：_____
地址：_____
城鎮：_____

2. 我不同意 ASAP 更改我的服務的決定。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電話審核會議 _____。（電話號碼）
☐ 召開人員出席審核會議。

4. 我希望由以下人士作為我的代表：

姓名：_____
電話號碼：_____ 與本人的關係：_____
地址：_____ 城鎮：_____

在 ASAP 收到本表後的七（7）個日曆日內，您會收到有關審核會議召開的時間、日期及地址的書面通知。審核會議將在ASAP收到本表後的二十一（21）個日曆日內召開。

如果您有任何問題，請與您的個案經理聯絡，電話號碼：_____