AGING AND ADULT SERVICES ADMINISTRATION (AASA)
RESIDENTIAL CARE SERVICES (RCS)

REQUEST FOR AN ADMINISTRATIVE HEARING

耆老與成人服務行政局 (AASA)
住院護理服務 (RCS)

行政聽證申請表

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS
PO BOX 2465
OLYMPIA WA 98507-2465

我要求一次聽證以抗議療養機構要我轉院／出院的決定。

療養機構已於 _____ 通知我他們的決定。
日期

住院者姓名		電話號碼
療養機構名稱		
療養機構地址		
城市	州	郵遞區號
你需要一位傳譯員嗎？ ☐ 是 ☐ 否		
住院者簽名		日期
如果療養機構的住院者將自行代表自己，請勿填寫下列資料。		
住院者的代表人姓名		電話號碼
地址		
城市	州	郵遞區號
關係／機構		