列印 保存為 重設

Oregon Department of Human Services

聽證會請求

行政審查及爭議案件聽證會

Oregon Health Authority

1. 個人（*申索人*）的姓名：		2. 出生日期：	3. 社會安全號碼（*自願提供*）：
4. 郵寄地址：			5. 住宅/訊息電話：
城市：	州：	郵政編碼：	6. 決定日期:
7. 律師姓名（*僅當律師在**本次**聽證會上代表您時才填寫*）：			8. 律師電話：
9. 律師地址:			
10. 解釋您不同意決定的原因（*如果需要，請附上更多頁*）：			
11. 您是否需要傳譯員？ ☐ 否 ☐ 是（*列出所需*）			

12. 簽名 _____ 13. 簽署日期 _____

若背景調查部門 (BCU) 拒絕您的案件或在有限制的情況下批准您的案件，您有權舉行聽證會。（*參閱您從 BCU 收到的最終健康判定通知。*）

BCU 必須在拒絕或限制批准決定生效之日起 30 天內收到您的聽證會請求。

- BCU 將進行行政審查。
- 若您不參與本次審核，BCU 將終止您的聽證權，除非您能提供恰當理由。
- 若無法非正式解決，BCU 會將您的上訴提交給行政聽證辦公室。

300-456155_MSC 0299 (01/2024)
Chinese Traditional

- 如果您的案件轉到 OAH，您上面的簽名也授權 BCU 與行政聽證辦公室分享您的犯罪和/或虐待記錄。
- 公正的行政法法官通常會透過電話審理有爭議的案件。
- 如果您的經濟資源有限，法律援助組織可以為您提供協助（www.oregonlawhelp.org）。

將以下內容郵寄至：Background Check Unit — Appeals, P.O. Box 14870, Salem OR 97309-5066（或傳真：503-378-3873 或電郵：BCU.Appeals@odhsoha.oregon.gov）：

☐ 該表格由您和/或您的律師填寫並簽署。
*（律師**需要代表您進行背景調查，並附上一封正式確認其代表您的信件。**）*

☐ 您來自 BCU 的「健康判定通知」。

只供 BCU 使用			
收到請求的日期：	聽證會代表：	代表簽署：	簽署日期：
收到表格的日期：	發佈代碼：	機構： Background Check Unit P.O. Box 14870 Salem OR 97309-5066	電話： 503-378-5470

您可以免費獲取本文件其他語言、大字體、盲文或您首選格式的版本。聯絡背景調查部門 bcu.info@odhsoha.oregon.gov 或 503-378-5470（語音/文字）。我們接受所有轉駁電話。

背景調查小組 — 為俄勒岡州人類服務部和俄勒岡州衛生局提供服務