

REQUEST FOR AUXILIARY AID (CONFIDENTIAL)

보조지원신청서 (대외비)
개정판 장애 미국인 법 TITLE II에 의함

서비스, 프로그램, 그리고 활동 민원인과 신청자

신청일자: _____

한 곳에 체크하십시오: [] 신청자 [] 민원인

신청서 작성자 이름: _____

프로그램/활동 또는 서비스: _____

사업부/과/계: _____

우편주소: _____

주간 연락 전화: _____

신청 내용

(민원인/신청자가 작성)

1. 본인은 다음의 보조지원을 요청합니다: _____

Blank lines for writing request details.

2. 본인에게 보조지원이 필요한 이유는 다음과 같습니다:

Blank lines for writing reasons for request.

신청서 작성자 서명: _____ 일자: _____

내부 처리 전용 결정

보조지원에 대한 귀하의 _____ 신청은: (신청일)

[] 승인되었습니다 제공되는 보조지원: _____

[] 승인되지 않았습니다 불승인 이유: _____

[] 수정하여 승인되었습니다: _____

[] 재판기간 동안 승인됨: _____ 부터: _____ 까지
안내: _____

이 결정에 동의하지 않는다면 귀하는 청구 내용을 구체적으로 적은 추가 정보를 제출할 수 있으며, 여기에 대해서는 Geneva Watts, Civil Rights Compliance Officer, 586-4955로 전화하거나, gwatts@dhs.hawaii.gov 로 연락하십시오.