

關於您有權對 Paratransit 服務資格決定提出上訴的通知

Spokane Transit Authority (STA, 斯波坎運輸管理局) 已經根據 Americans with Disabilities Act (美國殘疾人法案) 對您是否有資格享受 Paratransit 服務做出了決定。如果您不同意該決定, 您有權提出上訴, 並向聽證官解釋該決定不正確的原因。

您的上訴申請必須以書面形式提出, 並在您的決定函之日起的 60 個日曆日內 (以郵戳為準) 寄出。您可以使用隨附的 Notice of Appeal form (上訴通知表格) 申請上訴。

如果您申請對您的上訴進行親自出席聽證會, STA 會迅速安排聽證會 (通常在 30 天內)。您可以帶人陪同參加聽證會, 以尋求支持或代表您發言。STA 會為您提供免費的 Paratransit 服務送您前往聽證會。

只有在書面申請時或在您親自參加評估期間披露的殘疾情況才能夠在上訴時獲得考慮。如果您希望 STA 考慮其他殘疾或狀況, 您可以隨時提交新的申請, 重新申請 Paratransit 服務。

在上訴程序結束後 30 天內, 聽證官會向您發送一份書面的上訴決定。該決定將為最終決定, 將維持、推翻或修改最初的資格決定。

如果您對上訴程序有任何疑問, 或希望索取本文件的其他格式版本, 請聯絡 STA 的無障礙官,

致電 (509) 325-6094 (TTY WA Relay 711) 或發送電子郵件至 STAappeals@spokanetransit.com。

根據 1964 年 Civil Rights Act 第 VI 章的規定, Spokane Transit 不會基於種族、膚色、或民族血統進行歧視。

如果需要其他語言版本的資訊, 請聯絡 (509) 325-6094。

Si necesita información en otro idioma, comuníquese al (509) 325-6094.

Для получения информации на другом языке звоните по тел. (509) 325-6094.

Nếu quý vị cần thông tin bằng một ngôn ngữ khác, xin vui lòng gọi số (509) 325-6094.

Notice of Appeal (上訴通知)

如果您想要對 STA 關於您是否有資格獲得 Paratransit 服務的決定提出上訴，請填寫此表格。在完成此表格後，請將其按照下方所列地址寄回。完成的表格必須在您的資格決定函之日起的 60 個日曆日內（以郵戳為準）寄出。

申請人的姓名： _____

Paratransit ID 編號： _____

（如果不是申請人）
提交此表格者的姓名： _____

與申請人的關係： _____

請選擇以下選項之一：

_____ 本人選擇提交額外的書面資訊供聽證官考慮，但不想本人親自提出上訴。（如果您選擇此選項，請將您希望聽證官考慮的所有其他資訊與本表格一起予以提供。
在準備補充資訊時，請考慮您的決定函所附的題為「**Explanation of Eligibility Determination**」（資格決定說明）頁面上的資訊）。

_____ 本人選擇親自提出上訴。（如果您選擇此選項，聽證官將與您聯絡，為上訴聽證會安排雙方都同意的日期和時間。您可以攜帶其他書面資訊出席聽證會，也可以與其他能夠代表您提供資訊的人員一起出席聽證會）。

簽名： _____

日期： _____

正楷書寫姓名： _____

電話： _____

將填寫完整的表格寄回至：

STA Ombudsman
1230 W. Boone Ave.
Spokane, WA 99201