



NOTICE OF APPEAL FORM 異議申し立て申請書

DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM 障害者割引運賃プログラム

Department of Transportation Services 交通運輸局

Pacific Park Plaza, Honolulu, Hawaii 96813 パシフィックパークプラザ ホノルル ハワイ

E メール: thebusstop@honolulu.gov – 電話 : 808-768-8368

Applicant's Name: _____

申請者名:

LAST/姓

FIRST/名

MIDDLE INITIAL/ ミドルネームイニシャル

Phone Number: () _____ Email: _____

電話番号:

E メール:

Address _____

アドレス:

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

CITY/市

STATE/州

ZIP CODE/郵便番号

APPEAL REQUEST 異議申し立て申請

申請者は、障害者割引運賃プログラムの「資格がない」という決定に対して、この異議申し立て通知フォームに必要事項を記入し、却下された申請書の「For Official Use Only」欄に記載されている「Processing Clerk signature date」から 30 暦日以内であれば、異議申し立ての申請ができます。

異議申し立て申請書の提出先/E メール：

Department of Transportation Services (DTS)

711 Kapiolani Boulevard, 12th Floor, Honolulu, HI 96813 または

E メール: thebusstop@honolulu.gov

質問：DTS に電話(808-768-8368)でお問い合わせください

この異議申し立て申請書が受領されてから 20 日（営業日）以内に、DTS は審理の日取りを決めます。申請者には、立ち会い、または弁護士を通して、申請却下は誤りである事実や理由を提示する完全で公正なる機会が与えられます。DTS の審査官・陪審員は、異議申し立ての証拠を元に、却下の判定を確定、逆転、修正することがあります。判決は審査官・陪審員による最終決定になります。

控訴審での全ての記録は書面で保存され、公衆の閲覧に公開されるものとします。

APPLICANT'S SIGNATURE

申請者の署名

PRINT APPLICANT'S NAME

申請者の名前