



NOTICE OF APPEAL FORM 上诉通知表

DISABILITY REDUCED FARE PROGRAM 残障人士减费票价计划

Department of Transportation Services 交通运输服务部

Pacific Park Plaza, Honolulu, Hawaii 96813

电子邮件: thebusstop@honolulu.gov - 电话: 808-768-8368

Applicant's Name: _____

申请人姓名: LAST/姓 FIRST/名 MIDDLE INITIAL/中间名缩写

Phone Number: () _____ **Email:** _____

电话号码: 电子邮件:

Address: _____

地址:

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

城市: 州: 邮政编码:

APPEAL REQUEST 上诉请求

如果申请人被裁定为“不符合资格”(does not qualify) 享受残障人士减费票价计划, 申请人可对裁定提出上诉, 可通过填写并提交上诉通知表, 期限为申请表中的“办公专用”(For Official Use Only) 框内的“受理员签名日期”(Processing Clerk signature date) 起的 30 个公历日内。

将上诉通知表提交至或通过电子邮件发至:

Department of Transportation Services (DTS)
711 Kapiolani Boulevard, 12th Floor, Honolulu, HI 96813 或者
电子邮件: thebusstop@honolulu.gov
如有问题, 请电 808-768-8368 联系 DTS

在收到按时提交的此上诉通知表起的 20 个工作日内, DTS 应安排上诉听证会, 届时申请人有权亲自或通过代表进行听证, 并应有充分和公平的机会陈述任何事实以证明裁定有误的原因。DTS 上诉听证官/小组可根据对相关的调查结果来确认、推翻或修改经上诉的裁定。DTS 上诉听证官/小组的裁定将是最终裁定。

上诉听证会的所有记录均应采用书面形式、存档并可供公众查阅。

APPLICANT'S SIGNATURE 申请人签名 PRINT APPLICANT'S NAME 工整填写申请人姓名

DATE 日期: _____

Attach copy of Application that was not processed & determined "Applicant does not qualify".

附上未受理并裁定为“申请人不符合资格”的申请副本。