



具有殘障或其他醫療需求而且對於本通訊需要通融措施的人，應通知該部門。

**請求聽證**

姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
 地址: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 客戶號碼: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 電子郵件: \_\_\_\_\_

本人, \_\_\_\_\_ 特此請求聽證。

**A. 我是以下計畫的居民/參與者:**

- 公共住房
- 住房選擇優惠券/第 8 節 \_\_\_\_\_

**B. 我要請求一項:**

- 非正式
- 正式聽證會 (如果您已經舉行過非正式聽證, 而且對非正式聽證的決定提出異議, 請在方格打勾)

**C. 請說明您希望提出異議的問題:**

- 我對 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ 通訊中規定的租金計算有異議。
- 我對 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ 發出的 14 天通知有異議。
- 我對 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ 發出的 30 天通知有異議。
- 我對 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ 發出的否決合理通融有異議。
- 我對 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ 發出的擬終止決定通知有異議。
- 我對 \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ 發出的非正式聽證決議有異議。
- 我想對 SFHA 的行動提出申訴 (請描述不利行動內容以及日期):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**D. 我附上一份有異議的通知副本:**

- 是
- 否

簽名 \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

備註: 您必須在可申訴事件發生後的十五 (15) 個日曆日內提交聽證申請。請向 [gamezc@sffa.org](mailto:gamezc@sffa.org) 或三藩市縣住房管理局的總辦公室提交請求, 聯絡人如下: Cindy Gamez, Government Affairs and Policy, 1815 Egbert Avenue, San Francisco, CA 94124。

申訴程序副本可在 [www.sfha.org](http://www.sfha.org) 上查閱。

提交此申請表是申訴流程的第一步。非正式聽證會將安排在收到本請求後十五 (15) 個日曆日內舉行。