



**የይግባኝ መጠየቂያ  
REQUEST FOR HEARING**

በ DSHS የይግባኝ አጠያየቅ ደንቦች ምዕራፍ 388-02 መሰረት።

ለኤጀንሲው ሥራ ብቻ

በቃል የቀረበ ጥያቄ የተቀበለው፡-

---

ስም ስልክ ቁጥር

---

አጽያለበት ዲቪዥን/ድርጅት ስም ቀን

**ደብዳቤ ይላኩ ወደ፡-** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH) **ኢድራሻ:** 42489  
 PO BOX 42489  
 OLYMPIA WA 98504-2489 **ፋክስ ቁጥር፡-** 360-586-6563

በየእርስዎ የ DSHS የሚተዳደር የጤና ዕቅድ ያገኙ የነበረን የሕክምና ጥቅማጥቅሞች ወይም አገልግሎቶች ውድቅ መደረግን በተመለከተ ይግባኝ እየጠየቁ ከሆኑ ያሉት፣ ይግባኝ ፋይል ከማስገባትዎ በፊት የእርስዎን ዕቅድ የይግባኝ አካሄድ ሂደት ማጠናቀቅ አለብዎት። (WAC 388-538-112)

በ Department of Social and Health Services (DSHS) ወይም በየእኔ በ DSHS የሚተዳደር የእንክብካቤ የጤና ዕቅድ በተሰጠው የሚከተለው ውሳኔ ስለማልስማማ ይግባኝ እየጠየቅኩኝ ነው፡-

- DSHS ወይም የእርስዎ በ DSHS የሚተዳደር የእንክብካቤ ጤና ዕቅድ ምን እንዳላደረጉ በአጭሩ ያስረዱ (ተጨማሪ ቦታ የሚያስፈልግዎት ከሆነ ወረቀቶች ያክሉ)፣ እና
- የሚቻል ከሆነ፣ ይግባኝ የሚጠይቁበትን ማስታወቂያ ቅጂ ዓባሪ ያያይዙ።

የእርስዎ ስም (አባዝ ስም በአጅም ይጻፉ)	የትውልድ ቀን
ይግባኝ ጠያቂው ግለሰብ የፖስታ ቤት አድራሻ	የደንበኛው መታወቂያ ቁጥር
ከተማ <span style="float: right;">ስቴት</span> <span style="float: right;">ዚፕ ኮድ</span>	ስልክ ቁጥር (የአካባቢ መለያ ኮድ ያስገቡ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> መልዕክት መቀበያ ስልክ ቁጥር</span>

ስለ ውሳኔ ውድቅ ያደረግን ቀን፡- \_\_\_\_\_ በሚከተለው አማካይነት፡- \_\_\_\_\_  
CSO ወይም DSHS የሚተዳደር የእንክብካቤ ጤና ስም እና መገኛ ቦታ

ተገቢ ተኮር ካለኝ፣ ድጋፍ ማግኘቴን መቀጠል እፈልጋለሁ፡-  አዎ  አይ ፕሮግራም፡- \_\_\_\_\_

በሚከተለው አወከላለሁ (ራስዎን በራስዎ የማወክሉ ከሆነ፣ የሚቀጥሉትን ሁለት መስመሮች አይመሉዎቻቸው)፡-

የተወካይ ስም	ድርጅት	ስልክ ቁጥር
አድራሻ <span style="float: right;">ጎዳና</span>	ከተማ <span style="float: right;">ስቴት</span>	ዚፕ ኮድ

ከላይ ለተጠቀሰው ተወካይ ስለእኔ ይግባኝ መረጃ እንዲሰጠው ፈቃዴን ሰጥቼያለሁ።

የእርስዎ ፊርማ	ቀን
-----------	----

ለይግባኝ አስተርጓሚ ወይም ሌላ ድጋፍ ወይም ሌላ መስተንግዶ ማግኘት ይፈልጋሉ?  አዎ  አይ

መልስዎ አዎ ከሆነ፣ ምን ቋንቋ ወይም ምን ዓይነት ድጋፍ? \_\_\_\_\_

የአስተዳደራዊ ሕግ ጳጳሮች (Administrative Law Judges (ALJ's)) እንዳንድ ይግባኞቻን በስልክ ሊሰማይችል ይሆናል። ይግባኙን በአካል ተገኝተው ለማሳማት እንዲቀየር ልዎት ከፈልጉ፣ በ OAH በፖስታ ቤት በኩል በተላከልዎት የይግባኝ ማስታወቂያ ላይ ያሉትን መመሪያዎች ይከተሉ።