

ZAHTJEV ZA SASLUŠANJE (REQUEST FOR HEARING)

na osnovu Odjeljka 388-02 za DSHS pravila o saslušanjima

SAMO ZA INTERNU UPOTREBU

Usmeni zahtjev zaprimio/la:

IME

BROJ TELEFONA

ODJEL/ORGANIZACIJA KOJI SU U VEZI SA SLUČAJEM DATUM

POSLATI NA ADRESU: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH) POŠTANSKO ODREDIŠTE: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489 **TELEFAKS:** 360-586-6563

Ako zahtijevate saslušanje zbog odbijenih medicinskih beneficija ili usluga od strane vašeg zdravstvenog DSHS plana, morate proći proces žalbe za taj zdravstveni plan prije nego podnesete zahtjev za saslušanje. (WAC 388-538-112)

Zahtijevam saslušanje zato što se ne slažem sa sljedećom odlukom koju je donio "Department of Social and Health Services" (DSHS) ili moj zdravstveni DSHS plan:

- Kratko izložite šta DSHS ili vaš zdravstveni DSHS plan je ili nije uradio (dodajte stranica ako vam treba više prostora); i
- Priložite kopiju odluke na koju se žalite, ako je moguće.

VAŠE IME (UNESITE ŠTAMPANIM SLOVIMA)

DATUM ROĐENJA

ADRESA OSOBE KOJA PODNOSI ZAHTJEV ZA SASLUŠANJE

ID BROJ KLIJENTA

GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ

BROJ TELEFONA (NAZNAČITI POZIVNI BROJ)

BROJ TELEFONA ZA PORUKE

Obaviješten/a sam o odluci dana: _____ **od:** _____
DATUM CSO ILI IME DSHS ZDRAVSTVENOG PLANA I LOKACIJA

Tražim nastavak pomoći, ako imam na to pravo: Da Ne Program: _____

Zastupa me (ako sami sebe zastupate, nemojte popunjavati sljedeća dva reda):

IME VAŠEG ZASTUPNIKA

ORGANIZACIJA

BROJ TELEFONA

ADRESA ULICA

GRAD

DRŽAVA

POŠTANSKI BROJ

Dozvoljavam davanje podataka u vezi mojeg saslušanja predstavniku/predstavnici navedenom/oj gore.

VAŠ POTPIS

DATUM

Treba li vam prevodilac ili neka druga pomoć ili olakšica za saslušanje? Da Ne

Ako je odgovor da, koji jezik ili kakva pomoć vam treba? _____

Administrativni sudije (ALJ's) mogu obaviti neka saslušanja preko telefona. Ako želite da promijenite saslušanje tako da se obavi uživo, slijedite instrukcije iz originalne obavijesti o saslušanju (Notice of Hearing) koju ćete dobiti u pošti od OAH.