

公聴会の要請

DSHS公聴会に関する規則 第388-02章による

REQUEST FOR HEARING

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE

郵送先住所: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

MAIL STOP: 42489

ファックス: 360-586-6563

あなたがDSHSの管理するケアヘルスプランからの医療給付金あるいはサービスの否認に対する公聴会を要請している場合、必ず公聴会を申請する前にご自分のプランの上訴手続きを完了しなければなりません。 (WAC 388-538-112)

私は、社会福祉保健省 (DSHS) または私のDSHS管理のケアヘルスプランが下した次の決定に同意しない故に、公聴会を要請します。

- 社会福祉保健省 (DSHS) またはあなたのDSHS管理のケアヘルスプランがしたこと、あるいはしなかったことを簡単に説明してください (欄が足りない場合は用紙を追加してください。) また
- あなたが上訴している通知のコピー一部をできる限り添付してください。

あなたの氏名 (活字体)

生年月日

公聴会を要請する人の郵便住所

受給者 ID 番号

市 州 郵便番号

電話番号 (市外局番を含むこと)

留守番電話番号

決定を通知された日: _____ 通知者: _____
 日付 CSO または DSHS管理ケアヘルスプラン名および場所

資格があれば継続して援助を望みます。 はい いいえ プログラム _____

私は次の人物によって代表されます (自分自身を弁護する場合、次の2行には記入しないでください。)

あなたの代理人の名前

機関

電話番号

住所 通り

市

州

郵便番号

私は上記代理人に公聴会についての情報開示を許可します。

あなたの署名

日付

あなたは公聴会に際して通訳または他の援助あるいは宿泊が必要ですか? はい いいえ

はい、の場合、どの言語またはどのような援助ですか? _____

行政法判事 (ALJ) は電話で公聴会を行うこともあります。もし対面公聴会に変更を希望する場合はOAHからあなたに郵送される公聴会の通知に記載された指示に従ってください。