

ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ
REQUEST FOR HEARING
 DSHS ਸੁਣਵਾਈ ਨਿਯਮਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰਤੀ ਚੈਪਟਰ 388-02

FOR AGENCY USE ONLY

(ਸਿਰਫ ਏਜੰਸੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਲਈ)

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE

ਮੇਲ ਕਰੋ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
 PO BOX 42489
 OLYMPIA WA 98504-2489

MAIL STOP: 42489

FAX: 360-586-6563

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ DSHS ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਤੋਂ ਮੈਡੀਕਲ ਲਾਭਾਂ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਇਨਕਾਰ ਲਈ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾਖਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਪਣੀ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਅਪੀਲ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। (WAC 388-538-112)

ਮੈਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿਉਂਕਿ ਮੈਂ ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (DSHS) ਜਾਂ ਮੇਰੀ DSHS ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੁਆਰਾ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ:

- ਸਬਿਪ ਵਿੱਚ ਦੱਸੋ ਕਿ DSHS ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ DSHS ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਨੇ ਕੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਥਾਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੋਰ ਪਨੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ); ਅਤੇ
- ਜੇਕਰ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਅਪੀਲ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

ਤੁਹਾਡਾ ਨਾਂ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ)

ਜਨਮ ਮਿਤੀ:

ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤਾ ਦਾ ਡਾਕ ਪਤਾ

ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ

ਸਿਟੀ ਸਟੇਟ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ (ਦੇਰੀਆ ਕੋਡ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ)

ਸੈਸ਼ਨ ਫੋਨ

ਮੈਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਬਾਰੇ ਹੇਠਾਂ ਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ: _____ ਦੁਆਰਾ: _____
 ਤਾਰੀਖ CSO ਜਾਂ DSHS ਪ੍ਰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਂ ਅਤੇ ਸਥਾਨ

ਮੈਂ ਨਿਰੰਤਰ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ, ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਯੋਗ ਹੁੰਦਾ ਹਾਂ: ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਪਰੋਗ੍ਰਾਮ: _____

ਹੇਠਾਂ ਦੁਆਰਾ ਮੇਰੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧਤਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ (ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਜਾ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਗਲੀਆਂ ਦੋ ਲਾਈਨਾਂ ਨਾ ਭਰੋ):

ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਂ

ਸੰਗਠਨ

ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

ਪਤਾ ਗਲੀ

ਸ਼ਹਿਰ

ਸਟੇਟ

ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਮੈਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸੁਣਵਾਈ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ।

ਤੁਹਾਡੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਾਰੀਖ

ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਕਿਸੇ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਜਾਂ ਸੁਵਿਧਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਕਿਹੜੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? _____

ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਕਾਨੂੰਨ ਜੱਜ (ALJ's) ਟੈਲੀਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਕੁਝ ਸੁਣਵਾਈਆਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਸੁਣਵਾਈ ਵਿੱਚ ਬਦਲਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਦੇ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ OAH ਦੁਆਰਾ ਭੇਜੇ ਜਾਣਗੇ।