

ЗАПИТ НА СЛУХАННЯ

згідно з Главою 388-02 правил слухань DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE

ЗВОРОТНА АДРЕСА: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH) MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489 **ФАКС:** 360-586-6563

Якщо ви подаєте запит на проведення слухання у зв'язку з відмовою в наданні медичних пільг або послуг вашим планом координованого медичного обслуговування DSHS, вам слід завершити процедуру апеляції, передбачену планом, перш ніж подавати запит на проведення слухання. (WAC 388-538-112)

Я прошу провести слухання, оскільки я не погоджуюся з наведеним далі рішенням Department of Social and Health Services (Департаментом соціальних і медичних послуг, DSHS) або моїм планом координованого медичного обслуговування DSHS:

- Коротко поясніть, що DSHS або ваш план координованого медичного обслуговування DSHS зробив або не зробив (дайте сторінки, якщо вам потрібно більше місця);
- Якщо можливо, додайте копію повідомлення, яке ви оскаржуєте.

ВАШЕ ПІБ (ДРУКОВАНИМИ)

ДАТА НАРОДЖЕННЯ

ПОШТОВА АДРЕСА ОСОБИ, ЯКА ПОДАЄ КЛОПОТАННЯ ПРО СЛУХАННЯ

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ (ВКЛЮЧНО З КОДОМ НАСЕЛЕНОГО ПУНКТУ)

ТЕЛЕФОН ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ

Про рішення мені було повідомлено: _____ ким: _____
ДАТА НАЗВА Й МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ПЛАНУ КООРДИНОВАНОГО МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ
CSO АБО DSHS

Я хочу й надалі отримувати допомогу, якщо я маю на неї право: Так Ні Програма: _____

Мене представлено (якщо ви збираєтесь представляти самого себе, не заповнюйте дві наступні колонки)

ІМ'Я ВАШОГО ПРЕДСТАВНИКА

ОРГАНІЗАЦІЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

АДРЕСА ВУЛИЦЯ

МІСТО

ШТАТ

ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Я даю згоду на розголошення інформації про моє слухання зазначеному вище представнику.

ВАШ ПІДПИС

ДАТА

Чи потрібен вам перекладач або інша допомога або житло для слухання? Так Ні

Якщо так, то переклад на яку мову чи яка саме допомога? _____

Administrative Law Judges (Судді адміністративного суду, ALJ) можуть проводити деякі слухання по телефону. Якщо ви хочете змінити тип слухання на очне. Дотримуйтесь інструкцій у Повідомленні про слухання, яке буде надіслано вам поштою від OAH.