

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຈາກອໍານາດການປົກຄອງ  
ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

ໃຊ້ຟອມໃບນີ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຮ້ອງຊ່ວຍຫນ້າຜູ້ພິພາກສາ. ສິ່ງຟອມໃບນີ້ມາພາຍໃນ 90 ວັນຂອງວັນທີໃບໃບໃບຮ້ອງການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນໍາ. ທ່ານຈະສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນ Apple Health ດໍາໄປໃນອະໄວຍາກການດໍາເນີນການຟັງເຮືອງຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຕໍ່າກວ່າ 10 ວັນ.

**ສໍາຄັນ:** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການປົວພະຍາບານຍ້ອນການດໍາເນີນການອຸທອນຕາມປົກກະຕິ (ທີ່ໃຊ້ເວລາເຖິງ 90 ວັນ) ສາມາດເປັນອັນຕະຣາຍຕໍ່ຊີວິດ, ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫລື ຄວາມສາມາດທີ່ຈະຮັກສາໄວ້, ຫລື ໄດ້ການທໍາການສູງສຸດຄືນ, ກະຮຸນາໂທຫາເລກ 1-855-859-2512 ເພື່ອຮາຍອະຣຸດເພີ່ມເຕີມ.

Healthplanfinder ຄໍາຮ້ອງ ID #:	ວັນທີໃບໃບຮ້ອງການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ:	ວັນທີຂອງມື້ນີ້:
<b>ຮາຍອະຣຸດກ່ຽວກັບຜູ້ອຸທອນ</b>		
ຊື່ຂອງຜູ້ອຸທອນ	ນາມສະກຸນ	ຊື່ກາງ
ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ	ເມືອງ	ຊື່ບໍລິເວນ
ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌	ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ/ບໍລິສັດ (ຖ້າຫາກວ່ານາຍຈ້າງບໍ່ນີ້ເອົາປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບໃຫ້)	ເລກໂທຣະສັບກາງເວັນ ( )
ທິນທາງທີ່ຕິດທີ່ສຸດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານແມ່ນຫຍັງ? <input type="checkbox"/> ອີເມລ໌ <input type="checkbox"/> ໂທຣະສັບ <input type="checkbox"/> ໄປສະນີ		
<b>ເຫດຜົນສໍາລັບການຟັງເຮືອງຈາກອໍານາດການປົກຄອງຂອງທ່ານ</b>		
<input type="checkbox"/> ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Washington Apple Health (ເຊັ່ນວ່າ Medicaid, CHIP) ? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າຢາກຈະຮັກສາເອົາການຄຸ້ມກັນ WA Apple Health ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ຢູ່ໃນອະໄວຍາກການດໍາເນີນການຟັງເຮືອງ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສິ່ງຟອມໃບນີ້ໄປຫາ Health Care Authority ພາຍໃນ 10 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບໃບຮ້ອງການ ຫລື ກ່ອນການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ, ບໍ່ວ່າອັນໃດມາຮອດນໍາຫລັງ. ສິ່ງໄປທີ່: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504		
<input type="checkbox"/> ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເງິນໂຍະຍານພາສີສໍາລັບຄ່າທໍານຽມປະກັນພ້ອມສຸຂະພາບ, ການແບ່ງສ່ວນໃນຄ່າຮາຄາ, ການຈິດຊື່ພິເສດບໍ່? 1-855-859-2512 ສິ່ງໄປທີ່: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 FAX: 360-841-7653		
ກະຮຸນາອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຄິດວ່າຄໍາຕັດສິນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຜິດ (ເພື່ອວ່າຜູ້ພິພາກສາຈະຮູ້ຈັກວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການການຟັງເຮືອງ):		

**ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍເຫລືອໄດ້ແນວໃດ?**

ການຝັງເຮືອງແມ່ນເປັນພາສາອັງກິດ, ນອກຈາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົານາຍແປພາສາ ຫລື ການອໍານວຍຄວາມສະດວກແນວອື່ນ.

ທ່ານຢາກໃຫ້ໃບຮັບການຂອງທ່ານເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ?
---	--------------------

ທ່ານຢາກໄດ້ນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ ຫນູ່ເຜື້ອນ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວຈະບໍ່ທໍາຕົວເປັນນາຍແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃນເວລາຂອງການຝັງເຮືອງ.	ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ?
---	--------------------

ທ່ານຢາກໄດ້ການອໍານວຍຄວາມສະດວກ ຫລື ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແນວອື່ນຍ້ອນຄວາມເສັຽອົງຄະບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງບັນຮະຍາຍສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ:

**ການພົວພັນນໍາຊົນເຜົ່າ**

ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງຊົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ໂດຍຮັດຖະບານກາງບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າແມ່ນ, ຊົນເຜົ່າໃດ?

**ຜູ້ຕາງໜ້າ (ບໍ່ຕ້ອງມີກໍໄດ້)**

ນາມສະກຸນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ	ຊື່	ເລກໂທຣະສັບ
----------------------	-----	------------

ອີເມລ໌ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ	ເລກໂທຣະສັບສໍາລອງ
--------------------	------------------

ທີ່ຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ	ຊົບໂຄດ
--------	-------	-----	--------

ຄວາມສັນພັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕໍ່ຜູ້ອຸທອນ. (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນໍາ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ທະນາຍຄວາມ/ຜູ້ປຶກສາທາງກົດໝາຍ | <input type="checkbox"/> ຕົວເຫນ ຫລື ນາຍໜ້າຂອງປະກັນພັຍ                                 |
| <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງ                     | <input type="checkbox"/> ຜູ້ປຶກສາຄວາມກົດໝາຍ/ອໍານາດຂອງທະນາຍຄວາມ                        |
| <input type="checkbox"/> ສະມາຊິກຄອບຄົວ/ຫນູ່ເຜື້ອນ    | <input type="checkbox"/> ຜູ້ໃຫ້ຄໍາປຶກສາ ຫລື ຜູ້ສະນັບສະນູນທາງກົດໝາຍ (ບໍ່ແມ່ນທະນາຍຄວາມ) |
| <input type="checkbox"/> ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຊົນເຜົ່າ        | <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____   |

**ລາຍເຊັນ (ຕ້ອງມີ)**

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຄໍາຮ້ອງຂໍຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບການຝັງເຮືອງຊ່ອງໜ້າຜູ້ພິພາກສາ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນພ້ອມນໍາຄໍາຕັດສິນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບເງື່ອນໄຍະຍານພາສີ, **Apple Health** ຫລື ການຈິດຊີວິດທີ່ຖືກເຮັດໂດຍ **Washington Healthplanfinder**. ຮາຍຮະຮອດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ. ອີງຕາມຄໍາຮັບຮູ້ທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າເຮັດໃຈວ່າຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຝັງເຮືອງອັນນີ້ອາດຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຫາອົງການອື່ນໆທີ່ມີສິດອໍານາດທີ່ຈະກໍາການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍ \_\_\_\_\_ ວັນທີ \_\_\_\_\_  
**X**

The Washington Health Benefit Exchange ເອົາໃຫ້ການເຂົ້າເຖິງການບໍຣິການທຸກໆຢ່າງທີ່ເທົ່າທຽມກັນ.