

ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਐਪਲ ਹੈਲਥ
ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ

Washington Apple Health Administrative Hearing Request

ਕਦਮ 1 – ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ

A. ਤੁਹਾਡੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਹਿੱਸਾ	ਵਿਚਕਾਰਲੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਅੱਖਰ	ਨਾਮ ਦਾ ਆਖਰੀ ਹਿੱਸਾ	
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ
ਗਾਹਕ ਆਈਡੀ	ਦਿਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ()		
ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਣ, ਪੜ੍ਹਨ, ਜਾਂ ਲਿਖਣ ਲਈ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ <input type="checkbox"/> ਹਾਂ ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) (ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦੇ ਇਲਾਵਾ) ਵਰਤਣੀ ਚਾਹੋਗੇ?			
B. ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਗ੍ਹਾ ਵਿੱਚ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਿਉਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ:			
C. ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧ			
<input type="checkbox"/> ਜੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧਤਾ ਕਰੇਗਾ ਤਾਂ ਇਹ ਖ਼ਾਨੇ ਵਿੱਚ ਸਹੀ ਲਗਾਓ। ਇਹ ਕੋਈ ਵਕੀਲ, ਦੇਸਤ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰੋ:			
ਨਾਮ	ਦਿਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ()		
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਰਾਜ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ

ਕਦਮ 2 – ਉਸ ਚਿੱਠੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੀ ਹੈ।

ਕਦਮ 3 – ਇਹ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਚਿੱਠੀ ਦੀ ਕਾਪੀ ਭੇਜ ਦਿਓ।

ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

ਫੈਕਸ ਕਰੋ:

CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

ਜਾਂ

1-888-338-7410