

Washington Apple Health 행정심의회 취하서

지침: 행정 심의회 신청을 취소하시려면 본 신청서를 작성하고 서명과 날짜를 기재하신 다음 저희에게 보내주십시오. 심의회 신청 철회 사유를 말씀해주실 수 있으나 필수 사항은 아닙니다.

귀하의 사례 정보			
Healthplanfinder 신청자 ID #	DSHS 수혜자 ID #		
Docket # (심의회 통지)	오늘 날짜		
이름	중간이름 이니셜	성	
주소			
시	주	우편번호	
이메일 주소	주간 전화번호 ()	심의회 신청서 제출일	
질문이 있으실 경우 주 행정 심의회 조정관에게 문의하십시오.			
이름	전화번호		
심의회 철회 신청서 및 서명			
행정 심의회 신청을 철회/취소해주십시오.			
서명:	날짜:		
이름(정자체로 기입):			
공식 대리인 정보(해당할 경우):			

HCA에 본 신청서를 보내주십시오.

- 제공된 선불 우편 봉투에 넣어 보내주십시오.
- 우송 주소: HCA, P.O. Box 45531, Olympia, WA 98504
- 팩스: 1-866-720-2892.

선택사항- 철회 사유