

Запит на проведення адміністративного слухання

Administrative Hearing Request

Скористуйтеся цією формою, щоб зробити запит про слухання перед суддею. Відправте цю форму поштою протягом 90 календарних днів з моменту отримання повідомлення про право на послуги, з яким ви незгодні. Якщо ви подасте запит про слухання менше ніж за 10 днів, ви зможете зберегти покриття Apple Health протягом процесу слухання.

ВАЖЛИВО: Якщо вам терміново потрібні медичні послуги через те, що звичайний процес розглядання апеляції може зайняти до 90 днів, що може поставити під загрозу ваше життя, здоров'я або можливість підтримувати або відновити максимально можливі функції, для отримання більш детальної інформації зателефонуйте на один з номерів телефону, вказаних в цій формі.

ІН заявки Healthplanfinder:	Дата отримання повідомлення про право на послуги:	Сьогоднішня дата:	
ІНФОРМАЦІЯ ПРО АПЕЛЯНТА			
Ім'я апелянта	Прізвище	Ініціал по батькові	Дата народження
Адреса для листування	Місто	Поштовий індекс	Номер телефону для дзвінків у денний час: ()
Адреса електронної пошти	Назва роботодавця/компанії (якщо цей роботодавець надає вам медичну страховку)		Номер телефону роботодавця ()
Як ми можемо з вами зв'язатися? <input type="checkbox"/> Електронна пошта <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Пошта			
ПРИЧИНА ВАШОГО АДМІНІСТРАТИВНОГО СЛУХАННЯ			
<input type="checkbox"/> Є питання щодо Washington Apple Health (наприклад, Medicaid, CHIP)? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> Я хочу зберегти своє покриття WA Apple Health протягом процесу слухання. Ви маєте відправити цю форму в орган охорони здоров'я протягом 10 днів з моменту отримання повідомлення або до закінчення строку дії вашого покриття, в залежності від того, що відбудеться раніше. <div style="text-align: center; margin-left: 40px;"> Надішліть листа на адресу: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504 </div>			
<input type="checkbox"/> Є питання щодо оподаткування витрат на медичне страхування, розподілення витрат, участі у спеціальних програмах? 1-855-859-2512 <div style="text-align: center; margin-left: 40px;"> Надішліть листа на адресу: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98504-1757 Надішліть факс за номером: 360-841-7653 </div>			
Поясніть нам, чому ви вважаєте, що ми прийняли невірне рішення (щоб суддя міг знати, чому ви просите про слухання):			

ЗАПОВНІТЬ ТА ПІДПИШІТЬ З ІНШОГО БОКУ → → →

ЧИМ МИ МОЖЕМО ДОПОМОГТИ?

Слухання відбуваються англійською мовою, якщо тільки ви не подасте запит на послуги перекладача або інші послуги.

Ви хочете отримувати повідомлення іншою мовою, окрім англійської?

 Так Ні

Якщо так, якою мовою?

Ви хочете отримувати послуги безкоштовного перекладача? Так Ні

Друзі або члени родини не можуть виступати в якості вашого перекладача на слуханні.

Якщо так, якою мовою?

Вам потрібні інші послуги або допомога через інвалідність? Так Ні

Якщо так, опишіть, що вам потрібно:

НАЛЕЖНІСТЬ ДО ПЛЕМЕНІВи є членом федерально визнаного племені? Так Ні

Якщо так, якого племені?

ПРЕДСТАВНИК (НЕОБОВ'ЯЗКОВО)

Прізвище представника

Ім'я

Номер телефону

()

Електронна пошта представника

Додатковий номер телефону

()

Адреса

Місто

Штат

Поштовий індекс

Відношення представника до апелянта. (відмітити все, що підходить)

 Вповноважений адвокат/юрист Страховий агент або брокер Роботодавець Офіційний опікун/Довірена особа Член родини або друг Офіційний юрист або адвокат (не довірена особа) Представник племені Інше: _____**ПІДПИС (ОБОВ'ЯЗКОВО)**

Мій підпис нижче підтверджує мій запит на проведення слухання перед суддею. Я не згоден(-на) з рішенням про мої права на податкову знижку, участь в програмі Apple Health або інших програмах, винесеним Washington Healthplanfinder. Інформація, наведена в цій формі, є вірною та повною, наскільки мені це відомо. Я розумію, що цей запит на слухання може бути передано до організації, що має право обробляти мою апеляцію.

Підпис основного апелянта

Дата

X

Washington Health Benefit Exchange надає однаковий доступ до всіх послуг.