

## Программа страхования Washington Apple Health Отзыв запроса о проведении административного слушания

**Инструкции:** Чтобы отозвать запрос о проведении административного слушания, заполните эту форму, подпишите, поставьте дату и направьте нам. Вы можете, по желанию, указать причину(-ы) отзыва запроса о проведении слушания.

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
| <b>Данные вашего дела</b>   |   |  |                 |
| Номер заявки Healthplanfinder   |   | Номер клиента DSHS                       |                 |
| Номер досье (на извещении о слушании)   |   | Сегодняшняя дата                         |                 |
| Имя   | Второе имя или отчество                         | Фамилия                                  |                 |
| Адрес   |   |  |                 |
| Город   |   | Штат                                     | ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС |
| Адрес эл. почты   | Телефон для звонков в дневное время<br>(      ) | Дата подачи заявки о проведении слушания |                 |
| <b>Если у вас возникнут вопросы, свяжитесь с Координатором штата по вопросам административных</b> |   |  |                 |
| Имя и фамилия   |   | Номер телефона                           |                 |
| <b>Заявление об отзыве запроса о проведении слушания и подпись</b>                                |   |  |                 |
| Прошу отозвать / аннулировать запрос о проведении слушания.                                       |   |  |                 |
| <b>Подпись:</b>   |   | <b>Дата:</b>                             |                 |
| Фамилия/имя печатными буквами:  |   |  |                 |
| Данные уполномоченного представителя (если применимо):  |   |  |                 |

**Отправьте эту форму в НСА:**

- Верните в прилагаемом конверте с оплаченной доставкой; ИЛИ
- Перешлите по почте: НСА, Р.О. Вох 45531, Olympia, WA 98504; ИЛИ
- По факсу: 1-866-720-2892.

*По желанию – причина(-ы) отзыва заявки*