

## Washington Apple Health ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕੀ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਪਸੀ ਫਾਰਮ

ਹਦਾਇਤਾਂ: ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕੀ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਆਪਣੀ ਦਰਖਾਸਤ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਲਈ, ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਭਰ ਕੇ, ਸਹੀਬੰਦ ਕਰ ਕੇ ਤੇ ਤਾਰੀਖ ਪਾ ਕੇ ਸਾਨੂੰ ਭੇਜ ਦਿਉ। ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੇ ਤਾਂ, ਆਪਣੀ ਸੁਣਵਾਈ ਬੇਨਤੀ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਪਰ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ।

ਤੁਹਾਡੀ ਕੇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ		
Healthplanfinder ਅਰਜ਼ੀ ID #		DSHS ਕਲਾਇੰਟ ID #
ਡੈਕਟ # (ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਨੋਟਿਸ ਉਤੇ)		ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ	ਆਖਰੀ ਨਾਂ
ਪਤਾ		
ਸ਼ਹਿਰ	ਸੂਬਾ	ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ
ਈਮੇਲ ਪਤਾ	ਦਿਨ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਦਰਖਾਸਤ ਦੇਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ
ਜੇ ਤੁਹਾਡਾ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਸਟੇਟ ਸੁਣਵਾਈ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:		
ਨਾਂ	ਫੋਨ ਨੰਬਰ	
ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਦਰਖਾਸਤ ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦਾ ਬਿਆਨ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ		
ਕਿਰਪਾ ਕਰ ਕੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਕੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦੀ ਮੇਰੀ ਦਰਖਾਸਤ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਉ/ ਹੱਦ ਕਰ ਦਿਉ।		
ਦਸਤਖਤ:	ਤਾਰੀਖ:	
ਛਪਿਆ ਨਾਂ:		
ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧ ਸੂਚਨਾ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ):		

ਇਹ ਫਾਰਮ HCA ਨੂੰ ਭੇਜੋ:

- ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਟਿਕਟਾਂ ਲੱਗੇ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਭੇਜੋ; ਜਾਂ
- HCA, P.O. Box 45531, Olympia, WA 98504; ਨੂੰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ ਜਾਂ
- ਫੈਕਸ ਕਰੋ: 1-866-720-2892.

ਚੋਣਵਾਂ- ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦਾ(ਦੇ) ਕਾਰਨ

ਚੋਣਵਾਂ- ਵਾਪਸ ਲੈਣ ਦਾ(ਦੇ) ਕਾਰਨ