Washington State Health Care Authority

Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

واشنطن أبل هيلث
طلب عقد جلسة استماع إدارية
Washington Apple Health Administrative Hearing Request

الخطوة الأولى - أكمل هذا النموذج

أ. معلوماتك الشخصية			
الاسم الأول	الحروف الأولى من الاسم الأوسط		اسم العائلة
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
بطاقة هوية العميل		رقم التليفون خلال فترة النهار ( )	
هل تحتاج إلى المساعدة في التحدث باللغة الانجليزية أو القراءة أو الكتابة بها؟ □ نعم □ لا. لو كانت الإجابة بنعم: ما اللغة (اللغات) الأخرى (غير اللغة الإنجليزية) التي ترغب في استخدامها؟			
ب. وضح أسباب طلبك لعقد جلسة استماع في المساحة الموجودة أدناه.			
ج. المندوب المفوض			
□ ضع علامة على هذا المربع إذا كان هناك شخصًا سيساعدك أو سيمثلك خلال سير جلسة الاستماع الإدارية. يمكن أن يكون هذا الشخص محاميًا أو صديقاً أو أحد أفراد الأسرة. يُرجى تزويدنا ببيانات الاتصال الخاصة بهذا الشخص:			
الاسم		رقم التليفون خلال فترة النهار ( )	
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي

الخطوة الثانية: ارفق نسخة من الخطاب المُستلم

الخطوة الثالثة: ارسل لنا هذا النموذج ونسخة من الخطاب

إرسال رسالة بالبريد الإلكتروني إلى:

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

أو

إرسال فاكس إلى رقم:

1-888-338-7410