

## Washington Apple Health 行政听证请求书

**第 1 步 - 填妥此表格。**

| A. 您的个人信息   |       |                    |      |
|---|-------|--------------------|------|
| 名   | 中间名缩写 | 姓                  |      |
| 地址  | 城市    | 州                  | 邮政编码 |
| 个案当事人身份识别号码   |       | 日间电话号码<br>(      ) |      |
| 您在英语口语和读写方面是否需要协助？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>若是如此，您希望使用哪种语言（英语除外）？ |       |                    |      |
| B. 请在下列空白处填写您提出听证请求的原因：   |       |                    |      |
|   |       |                    |      |
|   |       |                    |      |
|   |       |                    |      |
|   |       |                    |      |
|   |       |                    |      |
|   |       |                    |      |
| C. 获授权代表  |       |                    |      |
| <input type="checkbox"/> 如果某人将为您提供帮助，或者在行政听证过程中作您的代表，请勾选此方框。此人可为律师、朋友或家庭成员。请提供此人的联系信息：            |       |                    |      |
| 姓名  |       | 日间电话号码<br>(      ) |      |
| 地址  | 城市    | 州                  | 邮政编码 |

**第 2 步 - 请随附您接获的信函副本。**

**第 3 步 - 将此表格和信函副本寄送给我们。**

请寄往：

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

或者

传真至：

1-888-338-7410