

Washington Apple Health 행정 심의회 요청

1단계 - 본 신청서를 작성하십시오.

A. 귀하의 정보			
이름	중간이름 이니셜	성	
주소	시	주	우편번호
수혜자 ID		주간 전화번호 ()	
영어로 말하고 읽고 쓰는 것과 관련하여 도움이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 예라고 답하신 경우 어떤 언어를(영어 외) 원하십니까?			
B. 아래 공란에 심의회를 신청하시는 이유를 설명해주십시오.			
C. 위임 대리인			
<input type="checkbox"/> 행정 심의회 절차에서 다른 사람이 본인을 돕거나 대변할 경우 이 상자에 체크하십시오. 변호사나 친구, 가족이 여기에 해당할 수 있습니다. 해당인의 연락처를 기입하십시오:			
이름	주간 전화번호 ()		
주소	시	주	우편번호

2단계 - 수령한 서신 사본을 첨부하십시오.

3단계 - 본 신청서와 서신 사본을 저희에게 보내주십시오.

우송 주소:

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

팩스:

또는

1-888-338-7410