

Програма Apple Health у штаті Вашингтон Запит на проведення адміністративного слухання

Washington Apple Health Administrative Hearing Request

Крок 1 — Заповніть цю форму.

A. Інформація про вас			
Ім'я	Ініціал по батькові	Прізвище	
Адреса	Місто	Штат	Поштовий індекс
Ідентифікаційний номер (ІД) клієнта:		Номер телефону для дзвінків у денний час: ()	
Чи потребуєте ви допомоги, коли розмовляєте, читаєте або пишете англійською? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Якщо так, якими мовами (окрім англійської) ви бажаєте користуватися?			
B. У наведеному нижче полі поясніть причину, з якої ви подаєте запит на проведення адміністративного слухання:			
C. Уповноважений представник			
<input type="checkbox"/> Зробіть позначку в цій клітинці, якщо інша особа буде допомагати вам або представляти вас під час проведення адміністративного слухання. Такою особою може бути адвокат, друг або член сім'ї. Надайте контактну інформацію цієї особи:			
Прізвище та ім'я		Номер телефону для дзвінків у денний час: ()	
Адреса	Місто	Штат	Поштовий індекс

Крок 2 — Додайте до цієї форми копію отриманого вами листа.

Крок 3 — Надішліть нам цю форму разом з копією листа.

Надішліть листа за адресою:

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

АБО

Надішліть факс за номером:

1-888-338-7410