

## ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਬਾਰੇ ਬੇਨਤੀ

### Administrative Hearing Request

ਇੱਕ ਜੱਜ ਸਾਹਮਣੇ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ। ਇਹ ਫਾਰਮ, ਯੋਗਤਾ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਤਾਰੀਖ, ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ, ਦੇ 90 ਕੈਲੰਡਰ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ 10 ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਵਿਚ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਅਮਲ ਦੌਰਾਨ Apple Health ਕਵਰੇਜ ਰੱਖ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਮਹੱਤਵਪੂਰਣ: ਕਿਉਂਕਿ ਰੈਗੂਲਰ ਅਪੀਲ ਦੇ ਅਮਲ ਨੂੰ 90 ਦਿਨ ਲੱਗ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਡੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ, ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਸਮਰੱਥਾ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਜਾਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਮੁੜ ਹਾਸਿਲ ਕਰਨ ਨੂੰ ਖਤਰਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਫ਼ੇਰੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Healthplanfinder ਅਰਜ਼ੀ ਆਈਡੀ #:		ਯੋਗਤਾ ਨੋਟਿਸ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਤਾਰੀਖ:		ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:	
ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ					
ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ		ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ		ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਂ	
ਡਾਕ ਦਾ ਪਤਾ		ਸ਼ਹਿਰ		ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ	
ਈਮੇਲ ਪਤਾ		ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ /ਕੰਪਨੀ ਦਾ ਨਾਂ (ਜੇ ਇਹ ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਤੁਹਾਡਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਰਾਉਂਦਾ ਹੈ)		ਦਿਨ ਵੇਲੇ ਦਾ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ( )	
				ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( )	
ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਦਾ ਬਿਹਤਰੀਨ ਤਰੀਕਾ ਕੀ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਈਮੇਲ <input type="checkbox"/> ਟੈਲੀਫੋਨ <input type="checkbox"/> ਡਾਕ					
ਤੁਹਾਡੀ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨੀ ਸੁਣਵਾਈ ਦਾ ਕਾਰਣ					
<input type="checkbox"/> <b>Washington Apple Health</b> (ਜਿਵੇਂ ਮੈਡੀਕੇਡ <b>Medicaid, CHIP</b> ) ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਆਲ ਹਨ? <b>1-800-562-3022</b> <input type="checkbox"/> ਸੁਣਵਾਈ ਦੇ ਅਮਲ ਦੌਰਾਨ, ਮੈਂ ਆਪਣਾ WA Apple Health ਕਵਰੇਜ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਚਾਹੁੰਦੀ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਨੋਟਿਸ ਮਿਲਣ ਦੇ 10 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕਵਰੇਜ ਖਤਮ ਹੋਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ, ਜੇ ਵੀ ਦੇਰ ਨਾਲ ਹੈ, ਇਹ ਫਾਰਮ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਟੀ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਭੇਜਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਡਾਕ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504					
<input type="checkbox"/> ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ, ਲਾਗਤ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ, ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਨਾਂ ਲਿਖਵਾਉਣ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਸੁਆਲ ਹਨ? <b>1-855-859-2512</b> ਡਾਕ ਇੱਥੇ ਭੇਜੋ: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98504-1757 ਇਸ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ: 360-841-7653					
ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿਉਂ ਲੱਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਾਡਾ ਨਿਰਣਾ ਗ਼ਲਤ ਸੀ (ਤਾਂ ਜੇ ਜੱਜ ਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗ ਸਕੇ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਕਿਉਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ):					

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਭਰੋ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ → → →

<p>ਅਸੀਂ ਕਿਵੇਂ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?  ਸੁਣਵਾਈ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਵਿਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਤੱਕ ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਜਾਂ ਹੋਰਨਾਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ।</p>			
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਨੋਟਿਸ ਅੰਗ੍ਰੇਜ਼ੀ ਦੀ ਬਜਾਏ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ?	
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਦੇਸਤ ਜਾਂ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦਾ ਕੰਮ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।		ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ?	
ਅਪੰਗਤਾ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਜਾਂ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ			
ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੀ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ:			
<b>ਕਬਾਇਲੀ ਸਬੰਧ</b>			
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਫੈਡਰਲ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਾਨਤਾਪ੍ਰਾਪਤ ਕਬੀਲੇ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਹੋ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ		ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜਾ ਕਬੀਲਾ?	
<b>ਨੁਮਾਇੰਦਾ (ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ)</b>			
ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਅਖੀਰਲਾ ਨਾਂ		ਪਹਿਲਾ ਨਾਂ	ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ( )
ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੀ ਈਮੇਲ		ਬਦਲਵਾਂ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ( )	
ਪਤਾ	ਸ਼ਹਿਰ	ਸਟੇਟ	ਜ਼ਿਪ
ਅਪੀਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਨਾਲ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਰਿਸ਼ਤਾ। (ਲਾਗੂ ਸਾਰਿਆਂ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉ) <input type="checkbox"/> ਅਟਾਰਨੀ/ਕਾਨੂੰਨੀ ਕਾਉਂਸਿਲ <input type="checkbox"/> ਬੀਮਾ ਏਜੰਟ ਜਾਂ ਬ੍ਰੋਕਰ <input type="checkbox"/> ਨੈਕਰੀਦਾਤਾ <input type="checkbox"/> ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ/ਮੁਖਤਾਰਨਾਮਾ <input type="checkbox"/> ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਜਾਂ ਦੇਸਤ <input type="checkbox"/> ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਜਾਂ ਵਕੀਲ (ਅਟਾਰਨੀ ਨਹੀਂ) <input type="checkbox"/> ਕਬਾਇਲੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ <input type="checkbox"/> ਹੋਰ: _____			
<b>ਦਸਤਖਤ (ਲੋੜੀਂਦੇ ਹਨ)</b>			
ਹੇਠਾਂ ਕੀਤੇ ਗਏ ਮੇਰੇ ਦਸਤਖਤ ਜੱਜ ਸਾਹਮਣੇ ਸੁਣਵਾਈ ਲਈ ਮੇਰੀ ਬੇਨਤੀ ਹੈ। ਮੈਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟਾਂ, Apple Health ਜਾਂ Washington Healthplanfinder ਵਲੋਂ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਾਂ ਲਈ ਮੇਰੀ ਯੋਗਤਾ ਬਾਰੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਨਿਰਣੇ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹਾਂ। ਮੇਰੀ ਬਿਹਤਰੀਨ ਸਮਝ ਅਨੁਸਾਰ ਇਸ ਫ਼ਾਰਮ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਅਤੇ ਦਰੁਸਤ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੀ ਅਪੀਲ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਲਈ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਸਤੇ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਅਥਾਰਿਟੀ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸੰਸਥਾ ਨੂੰ ਭੇਜੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।			
ਮੁੱਖ ਅਰਜ਼ੀਕਰਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ  <b>x</b>			ਤਾਰੀਖ

Washington Health Benefit Exchange ਸਾਰੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਬਰਾਬਰੀ ਵਾਲੀ ਪਹੁੰਚ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।