

ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

Используйте эту форму, чтобы запросить о проведении административного слушания в присутствии судьи. Отправьте форму по почте в течение 90 календарных дней с даты уведомления о ваших правах, с которым вы не согласны. Если запрос о проведении административного слушания будет направлен в течение менее 10 дней, вы, возможно, сохраните право пользования страховым покрытием Apple Health на время административного слушания.

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Если медицинское обслуживание необходимо вам в срочном порядке, поскольку проходящий в обычном режиме процесс рассмотрения апелляции (длительностью до 90 дней) может поставить под угрозу вашу жизнь, здоровье или способность сохранять или обеспечивать максимальную функциональность организма, позвоните 1-855-859-2512, чтобы получить дополнительную информацию в этой связи.

Номер заявки Healthplanfinder:	Дата на уведомлении о правах:	Сегодняшняя дата:	
ИНФОРМАЦИЯ О ПОДАТЕЛЕ АПЕЛЛЯЦИИ			
Имя подателя апелляции	Фамилия	Инициал второго имени или отчества	Дата рождения
Почтовый адрес	Город	Почтовый индекс	Телефон для звонков в дневное время ()
Адрес эл. почты	Фамилия, имя/название работодателя/компании (если этот работодатель обеспечивает страхование вашего здоровья)		Номер телефона работодателя
Предпочтительный способ связи? <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Обычная почта			
ПРИЧИНА ПРОВЕДЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО СЛУШАНИЯ			
<input type="checkbox"/> Вопросы в отношении Washington Apple Health (к примеру, Medicaid, CHIP)? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> Я хотел(а) бы продолжать пользоваться покрытием WA Apple Health в период проведения административного слушания. Вам необходимо отправить эту форму в Управление здравоохранения (Health Care Authority) в течение 10 дней со дня получения настоящего уведомления или до истечения срока вашего страхового покрытия (в зависимости от того, какая из дат наступит позже). По почте в адрес: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504			
<input type="checkbox"/> Вопросы в отношении налоговых кредитов плательщикам взносов на медицинское страхование, распределения затрат, специальных условий приема? 1-855-859-2512 По почте в адрес: WANE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 По факсу: 360-841-7653			
Объясните, почему, по вашему мнению наше решение является неверным (с тем, чтобы судья знал, почему вы запрашиваете о проведении слушания):			

КАК МЫ МОЖЕМ ВАМ ПОМОЧЬ?

При отсутствии запроса на услуги переводчика или иные услуги слушания проводятся на английском языке.

Желаете ли вы получать уведомления на другом (не на английском) языке?

Да Нет

Если да, укажите язык?

Нужен ли вам бесплатный переводчик? Да Нет

Друзьям или членам семьи запрещается быть переводчиками во время слушаний.

Если да, укажите язык?

Нуждаетесь ли вы в иных услугах или помощи по причине вашей инвалидности? Да Нет

Если да, укажите, услуги/помощь какого характера вам необходимы:

ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПЛЕМЕНИ

Являетесь ли вы членом федерально признанного племени? Да Нет

Если да, к какому племени вы принадлежите?

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Фамилия представителя

Имя

Номер телефона

Адрес эл. почты представителя

Альтернативный номер телефона

Адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Кем приходится представитель заявителю. (Отметьте все подходящие варианты)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Адвокат/Юридический консультант | <input type="checkbox"/> Страховой агент или брокер |
| <input type="checkbox"/> Работодатель | <input type="checkbox"/> Законный опекун/Доверенное лицо |
| <input type="checkbox"/> Член семьи или друг | <input type="checkbox"/> Юридический советник или юрист (не адвокат) |
| <input type="checkbox"/> Представитель племени | <input type="checkbox"/> Прочее: _____ |

ПОДПИСЬ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)

Своей подписью я подтверждаю запрос о проведении слушания в присутствии судьи. Я не согласен(-на) с решением о праве получения мной налоговых кредитов, пользования страховым покрытием Apple Health или участи в специальной процедуре приема, принятом Washington Healthplanfinder. Предоставленная в настоящей форме информация является достоверной и правильной исходя из моих знаний и убеждений. Я понимаю, что этот запрос о слушании может быть направлен в организацию, уполномоченную рассмотреть мою апелляцию.

Подпись главного заявителя

Дата

X

Биржа пособий по медицинскому обслуживанию штата Washington Health Benefit Exchange предоставляет равный доступ ко всем услугам.