

የአስተዳደራዊ አቤቱታ መጠየቂያ

Administrative Hearing Request

ይህንን ፎርም በዳኛ ፊት አቤቱታ ለማቅረብ ለመጠየቅ ይጠቀሙበት ይህን ፎርም ህጋዊነትዎን በተመለከተ በደረሰዎት የሚያስጠይቁበት የማሳወቂያ መልእክት ላይ ካለው ቀን በ 90 ቀን ጊዜ ውስጥ ይላኩ። የ Apple Health በአቤቱታው ሂደት ውስጥ እያሉ ላለማጣት ከፈለጉ የአቤቱታ ማቅረቢያ ጥያቄዎችን ከ10 ቀናት ባነሰ ጊዜ ውስጥ ቢያስገቡ እድሉን ሊያገኙ ይችላሉ።

ጠቃሚ፣ መደበኛው የአቤቱታ ሂደት 90 ቀናትን ሊፈጅ እንደመቻሉ በዚህ ምክኒያት እርስዎም አስቸኳይ የህክምና አገልግሎት የሚያስፈልግዎት ከሆነና በዚህ ሂደት መሀል ጤናዎት፣ የመቀጠል ሁኔታዎትና ህይወትዎት አደጋ ውስጥ ሊገባ የሚችል ከሆነ እባክዎትን ተጨማሪ መረጃ ለማግኘት በዚህ ፎርም ላይ ከቀረቡት የስልክ ቁጥሮች በእንዱ ይጠቀሙ።

| | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------|
| Healthplanfinder የማመልከቻ መታወቂያ ቁጥር፡ | የህጋዊነት ማሳወቂያ ላይ ያለው ቀን | ይህን ፎርም የሞሉበት ቀን | |
| የይግባኝ ባዩ መረጃ | | | |
| የይግባኝ ባዩ መጠሪያ ስም | የአያት ስም ወይም የመጨረሻ ስም | የአባት ስም ወይም የመሀል ስም የመጀመሪያ ፊደል | የትውልድ ቀን |
| የፖስታ መላኪያ አድራሻ | ከተማ | ዚፕ ኮድ | የቀን መገኛ ስልክ ቁጥር () |
| የኢሜይል አድራሻ | የተጣሪው(ድርጅቱ) ስም (ተጣሪዎች የጤና መድሀንዎን ያቀረበልዎት ከሆነ) | | የተጣሪዎች ስልክ ቁጥር () |
| ከርስዎ ጋር ለመገናኘት ቀላሉ መንገድ የትኛው ነው? <input type="checkbox"/> ኢሜይል <input type="checkbox"/> ስልክ ቁጥር <input type="checkbox"/> ፓስታ | | | |
| አስተዳደራዊ አቤቱታ የሚያቀርቡበት ምክንያት | | | |
| <input type="checkbox"/> Washington Apple Health (እንደMedicaid እና CHIP) ጥያቄ ካለ 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> በአቤቱታው ሂደት መሀል የ WA Apple Health ሽፋን እፈልጋለሁ። ይህንን ፎርም ለ Health Care Authority ባለስልጣን መላክ አለብዎት። ማሳወቂያውን በተቀበሉ በ 10 ቀናት ግዜ ውስጥ ወይም ሽፋንዎ ከማለቁ በፊት። ደብዳቤ ይላኩ ወደ፡ Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504 | | | |
| <input type="checkbox"/> የጤና መድሀን ቀዳሚ የግብር ብድር፣ የወጪ መጋራትና የልዩ ምዝገባ ጥያቄዎች አልዎት? 1-855-859-2512 ደብዳቤ ይላኩ ወደ፡ WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98504-1757 FAX : 360-841-7653 | | | |
| ውሳኔዎችን የተሳሳተ ነው ብለው ያመኑበትን ምክኒያት ያብራሩ(ዳኛው አቤቱታ የፈለጉበትን ምክኒያት እንዲያውቅ)፡ | | | |

እባክዎት በሌላኛው ጎን ያለውን በመሙላት ይፈርሙ → → →

እንዴት ልንረዳዎት እንችላለን?
 አስተርጓሚ ወይም ሌላ ግብአት ካልጠየቁ በቀር አቤቱታው በእንግሊዘኛ ነው።

| | |
|---|----------------|
| ማሳወቅያዎት ከእንግሊዘኛ ቋንቋ ውጪ እንዲሆን ይፈልጋሉ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ | አዎ ካሉ በምን ቋንቋ? |
| አስተርጓሚ በነጻ ማግኘት ይፈልጋሉ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ ጋደኛ ወይም የቤተሰብ አባል ለአቤቱታዎት አስተርጓሚ ላይሆን ይችላል። | አዎ ካሉ በምን ቋንቋ? |
| በአካል ጉዳት ምክኒያት ሌላ አንዲሟላ የሚፈልጉት ነገር አለ? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ | |
| አዎ ካሉ የሚፈልጉትን ይግለጹ። | |

የጎሳ ሁኔታ

| | |
|--|----------------|
| በፌደራል እውቅና ያለው ጎሳ አባል ነዎት? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ | አዎ ካሉ የትኛው ጎሳ? |
|--|----------------|

ተወካይ (አይጠየቅም)

| | | |
|---------------|---------|---------------------|
| የተወካይ የአያት ስም | መጠሪያ ስም | ስልክ ቁጥር () |
| የተወካይ አሜሪካ | | አማራጭ ስልክ ቁጥር () |
| አድራሻ | ከተማ | ግዛት ሀገር |

ተወካዩ ከአቤቱታ አቅራቢው ጋር ያለው ግንኙነት። (ተገቢነት ባላቸው ላይ ሁሉ ምልክት ያድርጉባቸው)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> የጠበቃ/ የህግ አማካሪ | <input type="checkbox"/> የመድሃኒት ሞከራ ሰጪ ወይም ደላላ |
| <input type="checkbox"/> ቀጣሪ | <input type="checkbox"/> ህጋዊ ደጋፊ(የጠበቃ ድጋፍ) |
| <input type="checkbox"/> የቤተሰብ አባል ወይም ወዳጅ | <input type="checkbox"/> ህጋዊ አማካሪ(ጠበቃ ሳይሆን) |
| <input type="checkbox"/> የ ጎሳ ተወካይ | <input type="checkbox"/> ሌላ: _____ |

ፊርማ (ያስፈልጋል)

ከስር ያለው ፊርማዬ በዳኛ ፊት ለሚቀርብ እቤቱታ መጠየቂያ ነው። በ ግብር ክሬዲት፣ Apple Health ወይም Special Enrollment ላይ ባለኝ ህጋዊነት ላይ በ Washington Healthplanfinder በተላለፈው ውሳኔ አልሰማም። በዚህ ፎርም ላይ የተካተተው መረጃ አውነተኛ መሆኑን አረጋግጣለሁ። ይህ አቤቱታ መጠየቂያ ጥያቄዬን አይቶ ሊወሰን ለሚችል ህጋዊነት ያለው አካል እንደሚተላለፍ እምነቴ ነው።

| | |
|-----------------|----|
| የቀዳሚ የአመልካች ፊርማ | ቀን |
| X | |

የ Washington Health Benefit Exchange ለሁሉም አገልግሎቶች እኩል የማግኛ መንገዶች ያቀርባል።