

សំណើចូលសវនកម្មរដ្ឋបាល
ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

ប្រើលិខិតទម្រង់នេះដើម្បីស្នើសុំសវនាការ មុនពេលចូលកាត់ក្តី ។ ធ្វើលិខិតទម្រង់នេះក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបដិសោធលើលិខិតជូនដំណឹង ។ អ្នកអាចរក្សាទំហំ សុខភាពអេបដល ក្នុងពេលសវនាការ ប្រសិនបើអ្នកធ្វើការស្នើសុំក្នុងរយៈពេលតិចជាង 10 ថ្ងៃ ។

សំខាន់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការសេវាសុខភាពជាបន្ទាន់ ដោយសារដំណើរចិត្តឯកជនឯកជន (ដែលអ្នកបន្ទាយរហូតដល់ 90 ថ្ងៃ) អាចធ្វើឲ្យគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាពរក្សា ឬទទួលបានមុខងារសុខភាពជាអតិបរមារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-859-2512 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ។

លេខសម្គាល់ពាក់សុំ Healthplanfinder ៖	កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង ៖	កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ ៖	
ព័ត៌មានភាគីប្តឹងឧទ្ធរណ៍			
នាមភាគីប្តឹងឧទ្ធរណ៍	គោត្តនាម	ឈ្មោះភណ្ណាល	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានប្រអប់សំបុត្រ	ទីក្រុង	ហ្សិបកូដ	លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងពេលថ្ងៃ ()
អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	ឈ្មោះនិយោជិក/ក្រុមហ៊ុន (ប្រសិនបើនិយោជិកផ្តល់ធានារ៉ាប់រងសុខភាពដល់អ្នក)		លេខទូរស័ព្ទនិយោជិក

តើរបៀបអ្វីដែលទាក់ទងអ្នកល្អបំផុត? អ៊ីម៉ែល លេខទូរស័ព្ទ ប្រអប់សំបុត្រ

កម្មវត្ថុសម្រាប់សវនាការរបស់អ្នក

- សុខភាពអេបដលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (ឧទាហរណ៍ថ្នាំពេទ្យ CHIP) សំនួរ? **1-800-562-3022**
 - ខ្ញុំចង់ឲ្យមានការរ៉ាប់រងសុខភាពអេបដលរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ក្នុងពេលសវនាការ ។ អ្នកត្រូវធ្វើទម្រង់លិខិតនេះទៅអាជ្ញាធរគាំពារសុខភាពក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃ ក្រោយពីទទួលបានលិខិតជូនដំណឹង ឬមុនពេលការរ៉ាប់រងរបស់អ្នកបានបញ្ចប់ ។

ផ្ញើសំបុត្រទៅ៖ Health Care Authority
PO Box 45504
Olympia, WA 98504-5504
- ឥណទានប្រាក់លើបុព្វលាភធានារ៉ាប់រងសុខភាព ចំណាយរួម ការចុះឈ្មោះពិសេស សំណួរ? **1-855-859-2512**

ផ្ញើសំបុត្រទៅ៖ WAHBE Appeals
PO Box 1757
Olympia, WA 98507-1757
FAX: 360-841-7653

សូមពន្យល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកគិតថាការសម្រេចចិត្តរបស់យើងគឺខុស (ដូច្នោះ ចៅក្រមយល់ពីមូលហេតុដែលអ្នកចង់ចូលសវនាការ) ៖

តើយើងជួយយើងយ៉ាងដូចម្តេច?
 សវនាការជាភាសាអង់គ្លេស ប្រសិនបើអ្នកមិនស្នើសុំអ្នកបកប្រែ ឬការស្នាក់នៅ ។

តើអ្នកចង់បានការជូនដំណឹងរបស់ជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស?
 ចង់បាន ទេ ប្រសិនបើចង់បាន តើភាសាអ្វី?

តើអ្នកចង់បានអ្នកបកប្រែដោយមិនគិតថ្លៃ? ចង់បាន ទេ ប្រសិនបើចង់បាន តើភាសាអ្វី?
 មិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារមិនអាចបកប្រែបានសម្រាប់សវនាការរបស់អ្នក ។

តើអ្នកចង់បានការស្នាក់នៅ ឬជួយដោយសារពិការភាព ចង់បាន ទេ

ប្រសិនបើចង់បាន សូមបញ្ជាក់អ្វីដែលអ្នកត្រូវការ ៖

សមាគមកុលសម្ព័ន្ធ

តើអ្នកជាសមាជិកនៃសហព័ន្ធកុលសម្ព័ន្ធដែលទទួលស្គាល់? បាទ ទេ

ប្រសិនបើបាទ កុលសម្ព័ន្ធអ្វី?

អ្នកតំណាង (មិនតម្រូវ)

នាមអ្នកតំណាង	គោត្តនាម	លេខទូរស័ព្ទ
--------------	----------	-------------

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលអ្នកតំណាង	លេខទូរស័ព្ទផ្សេង
---------------------------	------------------

អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺបកូដ
-----------	---------	------	----------

ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកតំណាងជាមួយភាគីប្តឹងឧទ្ធរណ៍ (ត្រូវទាំងអស់ដែលត្រឹមត្រូវ)

<input type="checkbox"/> មេធាវី / អ្នកការពារផ្លូវច្បាប់	<input type="checkbox"/> ភ្នាក់ងារធានារ៉ាប់រង ឬគ្រូរដេ
<input type="checkbox"/> វិទ្យាសាស្ត្រ	<input type="checkbox"/> អ្នកណាព្យាបាលស្របច្បាប់/អ្នកផ្ទេរសិទ្ធិ
<input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារនៃមិត្តភក្តិ	<input type="checkbox"/> ទីប្រឹក្សាផ្នែកច្បាប់ ឬអ្នកការពារ (មិនមែនជាមេធាវី)
<input type="checkbox"/> អ្នកតំណាងកុលសម្ព័ន្ធ	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖ _____

ហត្ថលេខា (តម្រូវ)

ហត្ថលេខារបស់ខ្ញុំបានខាងក្រោមគឺការស្នើសុំសវនាការមុនពេលកាត់ក្តី ។ ខ្ញុំបានសូមដឹងសោតពិការសម្រេចចិត្តពីការពេញសិទ្ធិលើឥណទាន សុខភាពអេមផល
 ឬការចុះឈ្មោះពិសេសត្រូវបានធ្វើឡើងដោយ រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន Healthplanfinder ។ ព័ត៌មានផ្តល់ឲ្យក្នុងលិខិតទម្រង់នេះគឺពិតប្រាកដ ។
 ខ្ញុំបានយល់ថាការស្នើសុំនេះត្រូវបានផ្ញើទៅគ្រឹះស្ថានដើម្បីចាប់ការតាមបណ្តឹង ។

ហត្ថលេខាអ្នកស្នើសុំ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____
 X

សុខភាពរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោនផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ស្នើសុំចំពោះសេវាកម្មទាំងអស់ ។