Washington State Health Care Authority

washington healthplanfinder
click. compare. covered.

Форма апелляции / заявки на проведение слушания

Вам необязательно заполнять эту форму, если Вы подаете заявку на слушание или апелляцию, но она может помочь нам быстрее разрешить возникшие проблемы. Заполните эту форму и отправьте ее нам по адресу:

Health Care Authority
PO Box 45504
Olympia, WA 98504-5504

Вы можете выйти на свой сайт медицинского страхования на www.wahealthplanfinder.org, чтобы подать заявку на слушание/апелляцию. Если у Вас есть вопросы о процессе слушания или апелляции, позвоните в Washington Healthplanfinder по телефону: 1-855-923-4633.

Имя: _____ Код заявки: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____ Email: _____

Нужна ли Вам помощь в общении, чтении или письме по-английски?

☐ Нет ☐ Да На каком языке? _____

Проставьте отметку возле тех предложений, которые наиболее точно описывают причины подачи Вами апелляции.

☐ Ошибочно отказано в налоговом кредите на взнос по медицинскому страхованию или прекращена выплата кредита.

☐ Ошибочная сумма взноса в налоговом кредите на взнос по медицинскому страхованию.

☐ Вам отказано в страховке Washington Apple Health или прекращено ее действие.

☐ Ошибочно указан иммигрантский / гражданский статус члена домохозяйства.

☐ Неправильно указаны члены моего домохозяйства.

☐ Ошибочно указана сумма и/или вид дохода, который использовался при принятии решения о правомочности моего заявления.

☐ Неправильно определена сумма переплаты.

☐ Другие причины или дополнительные комментарии – Пожалуйста, поясните: _____
_____
_____

☐ Проставьте отметку в квадрате, если кто-то будет помогать Вам в подготовке к слушанию/апелляции или будет представлять Вас на процессе слушания/апелляции. Это может быть адвокат, друг или член семьи. Укажите контактную информацию этого человека:

Имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Email: _____