

طلب جلسة استماع إدارية Administrative Hearing Request

استخدم هذا النموذج لطلب جلسة استماع أمام قاضي. أرسل هذا النموذج في غضون 90 يومًا ميلاديًا من تاريخ إشعار الأهلية الذي ترفضه. يمكنك الحفاظ على استمرار تغطية Apple Health أثناء عملية الاستماع إذا طلبت جلسة استماع في أقل من 10 أيام.

هام: إذا كان لديك حاجة ملحة للحصول على الخدمات الصحية لأن عملية الاستئناف العادي قد تستغرق ما يصل إلى 90 يومًا وهذا قد يهدد حياتك، أو صحتك، أو قدرتك على الحفاظ على وظائفك، أو إعادة الحفاظ على الحد الأقصى من وظائفك، يرجى الاتصال على أحد الأرقام الهاتفية الموجودة في هذا النموذج للحصول على مزيد من المعلومات.

تاريخ اليوم:		التاريخ الموجود على إشعار الأهلية:		معرف تطبيق Healthfinder	
معلومات المستأنف					
تاريخ الميلاد		الاسم الأوسط	اسم العائلة		الاسم الأول للمستأنف
رقم الهاتف النهاري ()		الرمز البريدي	المدينة		عنوان المراسلة
رقم هاتف صاحب العمل ()		اسم صاحب العمل/الشركة (إذا كان صاحب العمل هذا يقدم تأمينًا صحيًا لك)		عناوين البريد الإلكتروني	
ما هي أفضل طريقة للاتصال بك؟ <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد					
سبب طلبك لجلسة استماع إدارية					
<input type="checkbox"/> أسئلة Washington Apple Health (على سبيل المثال Medicaid، CHIP)؟ 1-800-562-3022 أرغب في الحفاظ على تغطيتي في WA Apple Health أثناء عملية الاستماع. ويجب عليك إرسال هذا النموذج إلى سلطة الرعاية الصحية في غضون 10 أيام من استلام الإخطار أو قبل نهاية التغطية، أيهما أبعد. أرسل بريدي إلى: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504					
<input type="checkbox"/> أسئلة الائتمان الضريبي لنسب التأمين الصحي، ومشاركة التكلفة، والتسجيل الخاص؟ 1-855-859-2512 أرسل رسالة بريد إلى: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98504-1757 أرسل رسالة فاكس إلى: 360-841-7653					
يرجى توضيح لماذا تعتقد أن قرارنا كان خاطئًا (حتى يعلم القاضي سبب رغبتك في الحصول على جلسة استماع):					

كيف يمكننا المساعدة؟ تكون جلسات الاستماع باللغة الإنجليزية، ما لم تطلب مترجمًا فوريًا أو أماكن أخرى.		
هل ترغب في الحصول على إشعاراتك بلغة أخرى بخلاف الإنجليزية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي اللغة؟	
هل ترغب في الحصول على مترجم فوري مجانيًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا لا يجوز أن يتصرف الأصدقاء أو أفراد العائلة كمترجم فوري في جلسة الاستماع.	إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي اللغة؟	
هل تحتاج إلى أماكن أو مساعدة بسبب إعاقة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى وصف ما تحتاج إليه:		
الانتساب القبلي		
هل أنت عضو في قبيلة معترف بها فيدراليًا؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي القبيلة؟	
الممثل (غير مطلوب)		
اسم عائلة الممثل	الاسم الأول	رقم الهاتف ()
البريد الإلكتروني للممثل		رقم هاتف بديل ()
العنوان	المدينة	الولاية
		الرمز البريدي
<p>علاقة الممثل بالمستأف. (ضع علامة أمام جميع الأجوبة التي تنطبق)</p> <p><input type="checkbox"/> المحامي/المستشار القانوني <input type="checkbox"/> وكيل التأمين أو وسيط</p> <p><input type="checkbox"/> صاحب العمل <input type="checkbox"/> الوصي القانوني/توكيل</p> <p><input type="checkbox"/> فرد عائلة أو صديق <input type="checkbox"/> مستشار قانوني أو محامي (ليس محاميًا)</p> <p><input type="checkbox"/> ممثل القبيلة <input type="checkbox"/> أخرى: _____</p>		
التوقيع (مطلوب)		
<p>يمثل توقيعك أدناه طلبك للحصول على جلسة استماع أمام قاضي. حيث لا أتفق مع قرار بشأن أهليتي للحصول على انتمانات ضريبية، أو Apple Health، أو تسجيل خاص تم من قبل Washington Healthplanfinder. المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وحقيقية على حد علمي. أفهم أنه قد يتم إعادة توجيه هذا الطلب للحصول على جلسة استماع إلى الكيان المخول بمعالجة طعني.</p>		
توقيع مقدم الطلب الرئيسي	التاريخ	
X		

يقدم برنامج Washington Health Benefit Exchange فرصًا متساوية للحصول على جميع الخدمات.