

행정 심의회 요청 ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

이 신청서를 이용하여 판사의 면전에서 실시하는 심의회를 요청합니다. 이 신청서를 귀하께서 동의하지 않는 자격 통지일을 수신한 날로부터 90일 이내에 송부해주시시오. 10일 이내에 심의회를 신청하시면 심의회 기간 동안 Apple Health 가입 자격을 유지할 수 있습니다.

주요사항: 정식 항소 절차(최대 90일 소요)로 인해 생활이나 건강, 기능의 유지나 회복이 어려워질 위험이 있어 건강 서비스가 바로 필요하신 경우에는 1-855-859-2512로 전화하셔서 자세한 정보를 얻으십시오.

Healthplanfinder 신청인ID #:	자격 통지일:	오늘 날짜:	
이의 제기자 정보			
이의 제기자 이름	성	중간이름 이니셜	생년월일
우편 주소	시	우편번호	주간 전화번호 ()
이메일 주소	고용주/회사 이름 (고용주가 귀하의 건강보험을 제공하는 경우)		고용주 전화번호
귀하에게 연락할 수 있는 최상의 방법은? <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 전화번호 <input type="checkbox"/> 우편			
행정 심의회 신청 사유			
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health (예: Medicaid, CHIP) 질문? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> 심의회 기간 동안 WA Apple Health 보험을 유지하고자 합니다. 통지서 수령일로부터 10일 이내, 또는 보험이 종료하기 전까지의 기간 중 늦게 도래하는 때까지 이 신청서를 보건국에 보내셔야 합니다. 우송 주소: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504			
<input type="checkbox"/> 건강보험 세금 공제, 비용 공유, 특수 참여 질문? 1-855-859-2512 우송 주소: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 팩스: 360-841-7653			
저희 결정이 잘못되었다고 생각하시는 이유를 설명하여주시시오(판사가 심의회를 원하는 이유를 판단할 수 있도록):			

어떻게 도와드릴까요?
항소 심의회는 귀하가 통역관이나 기타 편의사항을 요청하지 않는 한 영어로 개최됩니다.

통지서를 영어가 아닌 다른 언어로 받기를 원합니까? '예'일 경우 어느 언어입니까?
 예 아니요

무료 통역관을 원하십니까? 예 아니요 '예'일 경우 어느 언어입니까?
항소 심의회에서는 귀하의 친구나 가족 구성원이 통역관으로서의 역할을 할 수 없습니다.

장애로 인해 다른 도움이나 편의시설 제공을 필요로 하십니까? 예 아니요

예라고 답변하신 경우 필요하신 내용을 설명해주세요:

제휴 부족

연방정부가 인정한 부족의 일원입니까? 예 아니요

'예'일 경우 어느 부족입니까?

대리인(의무사항은 아님)

대리인의 성 이름 전화번호

대리인의 이메일 다른 전화번호

주소 시 주 우편번호

항소인과 대리인과의 관계. (해당되는 모든 사항에 체크하십시오)

- 변호사/법적 상담인 보험 에이전트 또는 브로커
- 고용주 법적 보호자/위임자(Power of Attorney)
- 친구의 가족 법률 자문 또는 변호인 (변호사 제외)
- 부족 대리인 기타: _____

서명(필히 서명요)

판사의 면전에서 심의회를 신청하기 위해 아래에 서명을 기재하였습니다. Washington Healthplanfinder에서 내린 본인의 세금 공제 자격이나 Apple Health, 특수 참여 자격에 관한 결정에 동의하지 않습니다. 이 양식에 본인이 제공한 정보는 진실하며 정확하고, 본인이 아는 바를 제공했습니다. 본인은 본 심의회 신청이 본인의 항소를 처리할 권한을 가진 기관에 전달될 것임을 이해하고 있습니다.

신청인의 서명 날짜
X

Washington Health Benefit Exchange는 모든 서비스에 평등한 기회를 제공합니다.