

YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN HÀNH CHÁNH ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

Dùng đơn này để yêu cầu một phiên điều trần trước một vị chánh án. Gửi đơn này đi trong vòng 90 ngày kể từ ngày trên thông báo về điều kiện hợp lệ mà quý vị không đồng ý. Quý vị có thể giữ được bảo hiểm Apple Health trong suốt tiến trình điều trần nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần dưới thời gian 10 ngày.

QUAN TRỌNG: Nếu quý vị có một nhu cầu tức thời về các dịch vụ y tế vì tiến trình khiếu nại thường lệ (kéo dài tới 90 ngày) có thể làm cho mạng sống, sức khỏe, hay khả năng duy trì, hoặc hồi phục tối đa chức năng cơ thể của quý vị bị lâm nguy, xin gọi 1-855-859-2512 để biết thêm thông tin.

| | | | |
|---|--|---------------|-----------------------------------|
| Số ID Đơn Xin Healthplanfinder: | Ngày Trên Thông Báo Điều Kiện Hợp Lệ: | Ngày hôm nay: | |
| THÔNG TIN KHIẾU NẠI | | | |
| Tên Người Khiếu Nại | Họ | Tên Lót | Ngày Sinh |
| Địa Chỉ Gửi Thư | Thành Phố | Khu Bưu Chính | Số Điện Thoại Ban Ngày () |
| Địa Chỉ Email | Tên Chủ Cơ Sở/Công Ty (nếu chủ cơ sở này cung cấp bảo hiểm y tế cho quý vị) | | Số Điện Thoại Chủ Cơ Sở |
| Cách nào tốt nhất để liên lạc với quý vị? <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Điện Thoại <input type="checkbox"/> Thư Từ | | | |
| LÝ DO XIN ĐIỀU TRẦN HÀNH CHÁNH | | | |
| <input type="checkbox"/> Thắc Mắc Về Washington Apple Health (ví dụ Medicaid, CHIP)? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> Tôi muốn giữ bảo hiểm WA Apple Health của tôi trong suốt tiến trình điều trần. Quý vị phải gửi đơn này tới Health Care Authority trong vòng 10 ngày kể từ lúc nhận được thông báo hoặc trước khi bảo hiểm của quý vị chấm dứt, bất cứ điều nào xảy ra sau. Gửi đến: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504 | | | |
| <input type="checkbox"/> Thắc Mắc Về Tín Chi Thuế Đóng Phí Bảo Hiểm, Chia Sẻ Phí Tổng, Ghi Danh Đặc Biệt? 1-855-859-2512 Gửi đến: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 FAX: 360-841-7653 | | | |
| Xin vui lòng giải thích lý do tại sao quý vị lại nghĩ là quyết định của chúng tôi sai (để chánh án biết lý do tại sao quý vị muốn một phiên điều trần): | | | |

CHÚNG TÔI CÓ THỂ GIÚP QUÝ VỊ CÁCH NÀO?

Phiên điều trần bằng tiếng Anh, trừ phi quý vị yêu cầu một thông dịch viên hay các tiện nghi khác.

Quý vị có muốn các thông cáo của quý vị bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh không?

 Có Không

Nếu có, ngôn ngữ gì?

Quý vị có muốn một thông dịch viên miễn phí không? Có Không

Bạn hay người trong nhà không nên làm người thông dịch cho quý vị tại phiên điều trần.

Nếu có, ngôn ngữ gì?

Quý vị có cần các tiện nghi khác hoặc sự giúp đỡ vì bị tật nguyền không? Có Không

Nếu có, xin mô tả điều quý vị cần:

CHI NHÁNH BỘ LẠC

Quý vị có phải là một người của một bộ lạc được liên bang công nhận không?

 Có Không

Nếu có, bộ lạc nào?

ĐẠI DIỆN (KHÔNG BẮT BUỘC)

Họ Người Đại Diện

Tên

Số Điện Thoại

Email của Người Đại Diện

Số Điện Thoại Khác

Địa Chỉ

Thành Phố

Tiểu Bang

Khu Bưu Chính

Quan hệ của người đại diện với người khiếu nại. (Đánh vào tất cả phần ứng dụng)

 Luật Sư/Cố Vấn Pháp Lý Nhân Viên hay Môi Giới Bảo Hiểm Chủ Cơ Sở Giám Hộ Hợp Pháp/Có Ủy Quyền Người nhà hay bạn Cố vấn pháp lý hay người ủng hộ (không phải luật sư) Đại Diện Bộ Lạc Phần Khác: _____**CHỮ KÝ (BẮT BUỘC)**

Chữ ký ở dưới của tôi là yêu cầu của tôi để xin phiên điều trần trước một chánh án. Tôi không đồng ý với quyết định về điều kiện hợp lệ của tôi cho tín chỉ thuế, Apple Health hay việc Ghi Danh Đặc Biệt do Washington Healthplanfinder thực hiện. Thông tin được cung cấp trong đơn này đúng sự thật với sự hiểu biết nhất của tôi. Tôi hiểu rằng yêu cầu xin phiên điều trần này có thể được chuyển tới cơ quan ban ngành có thẩm quyền xử lý khiếu nại của tôi.

Chữ Ký Của Người Nộp Đơn Chính

Ngày

X

The Washington Health Benefit Exchange cung cấp việc tiếp cận bình đẳng cho tất cả các dịch vụ.