

Программа страхования Washington Apple Health Отзыв запроса о проведении административного слушания

Инструкции: Чтобы отозвать запрос о проведении административного слушания, заполните эту форму, подпишите, поставьте дату и направьте нам. Вы можете, по желанию, указать причину(-ы) отзыва запроса о проведении слушания.

Данные вашего дела			
Номер заявки Healthplanfinder		Номер клиента DSHS	
Номер досье (на извещении о слушании)		Сегодняшняя дата	
Имя	Второе имя или отчество	Фамилия	
Адрес			
Город		Штат	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Адрес эл. почты	Телефон для звонков в дневное время ()	Дата подачи заявки о проведении слушания	
Если у вас возникнут вопросы, свяжитесь с Координатором штата по вопросам административных			
Имя и фамилия		Номер телефона	
Заявление об отзыве запроса о проведении слушания и подпись			
Прошу отозвать / аннулировать запрос о проведении слушания.			
Подпись:		Дата:	
Фамилия/имя печатными буквами:			
Данные уполномоченного представителя (если применимо):			

Отправьте эту форму в НСА:

- Верните в прилагаемом конверте с оплаченной доставкой; ИЛИ
- Перешлите по почте: НСА, Р.О. Вох 45531, Olympia, WA 98504; ИЛИ
- По факсу: 1-866-720-2892.

По желанию – причина(-ы) отзыва заявки