

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.

معرف تطبيق Healthplanfinder		التاريخ الموجود على إشعار الأهلية:		تاريخ اليوم:
معلومات المستأنف				
الاسم الأول للمستأنف	اسم العائلة	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد	
عنوان المراسلة	المدينة	الرمز البريدي	رقم الهاتف النهاري ()	
عناوين البريد الإلكتروني	اسم صاحب العمل/الشركة (إذا كان صاحب العمل هذا يقدم تأمينًا صحيًا لك)		رقم هاتف صاحب العمل ()	
ما هي أفضل طريقة للاتصال بك؟ ☐ البريد الإلكتروني ☐ الهاتف ☐ البريد				
سبب طلبك لجلسة استماع إدارية				
☐ 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 بريداً إلى: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504				
☐ أسئلة الائتمان الضريبي لقسط 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 خاطئاً (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؟		☐ نعم ☐ لا	
هل ترغب في الحصول على مترجم فوري مجاني؟		☐ نعم ☐ لا لا يجوز أن يتصرف الأصدقاء أو أفراد العائلة كمترجم فوري في جلسة الاستماع.	
هل تحتاج إلى أماكن أو مساعدة بسبب إعاقة؟		☐ نعم ☐ لا	
إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى وصف ما تحتاج إليه:			
الانتساب القبلي			
هل أنت عضو في قبيلة معترف بها فيدراليًا؟		☐ نعم ☐ 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	
علاقة الممثل بالمستأف. (ضع علامة أمام جميع الأجوبة التي تنطبق) ☐ المحامي/المستشار القانوني ☐ وكيل التأمين أو وسيط ☐ صاحب العمل ☐ الوصي القانوني/توكيل ☐ فرد عائلة أو صديق ☐ مستشار قانوني أو محامي (ليس محاميًا) ☐ ممثل القبيلة ☐ أخرى: _____			
التوقيع (مطلوب)			
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.			
توقيع مقدم الطلب الرئيسي		التاريخ	

X

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