STATE OF WASHINGTON

የሕብረተሰብና ጤና አገልግሎቶች ጽ/ቤት

እባክዎን መላውን ቅጽ እስከ ድረስ ለ ይላኩ

የባለጉዳይ ቁጥር፥

ቋንቋ፥

ፕሮግራም፥

ለእርዳታ ብቁ ሆኖ ለመቆየት፣ በ _____ውስጥ ተካፋይ መሆን አለብዎት።

በቂ ምክንያት ሳይኖር ትብብር ካላደረጉ፣ የገንዘብና ሕክምና እርዳታዎችዎ ሊቆሙ ይችላሉ። ለአካል መታነል መርጃ (Disability Lifeline) እንደገና ማመልከቻ ማስገባት ከፈለጉ፣ የገንዘብና ሕክምና እርዳታዎችዎ እንደገና ከመጀመራቸው በፊት ከአንድ ሳምንት እስከ ሁለት ወራት መቀጫ ሊጣልብዎት ይችላል WAC 388-448-0130, 388-448-0150, 388-448-0220.

በማናቸውም ውሳኔዎቻችን ካልተስማሙ፣ ጉዳይዎ እንዲታይልዎት ሊጠይቁ ይችላሉ። ለአስተዳደር ችሎት ጥያቄ ሊያቀርቡም ይችላሉ። በአካባቢዎ የማሕበረተሰብ አገልግሎቶች ጽ/ቤት ይግባኝ ሊጠይቁ ይችላሉ ወይም የይግባኝ ጥያቄዎን ለ Office of Administrative Hearings, P.O. Box 42489, Olympia, WA 98504-2489 በፖስታ ሊልኩ ይችላሉ። እርዳታዎችዎ ከመቀየራቸው በፊት ወይም ከዚህ ደብዳቤ ቀን በ 10 ቀናት ውስጥ ለአስተዳደር ችሎት ጥያቄ ካቀረቡ በአስተዳደር ችሎት ሂደቱ ወቅት እርዳታዎችዎ ይቀጥላሉ።

እባክዎን የሕክምና / አገልግሎቶች አገልግሎት አቅራቢዎ ይህን ቅጽ እንዲሞሉ ያድርጉ። ይህ መላው ቅጽ እስከሚቀጥለው ወር 5ኛ ቀን ድረስ ተመልሶ እንዲደርሰኝ ማድረግ የእርሶ ኃላፊነት ነው።

መልሰው ይላኩ ለ፥

ስልክ፥

ፋክስ፥

ይህ ክፍል በሕክምና / አገልግሎት አቅራቢ የሚሞላ ነው

_____ የቀረበው _____ ሕክምና / አገልግሎት።

አገልግሎት አቅራቢ ስም

የተካፋይነት ቀኖች ወይም ድግግሞች፥ _____

በሕክምናው ያደረጉት መሻሻል፥ ☐ እጅግ በጣም ጥሩ ☐ ጥሩ ☐ ደህና ☐ ደካማ

የእኝህ ባለጉዳይ ተካፋይነት የሚያረካ ነው? ☐ አዎ ☐ አይደለም

አስተያየት ሃሳብ፥

_____

ፊርማ ቀን

_____

ማዕረግ ስልክ

_____

ወኪል መሥሪያ ቤት

_____

አድራሻ