



听证会请求书

REQUEST FOR HEARING

依据社会福利服务部听证条例第388-02章之规定。

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE

请邮寄至: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

MAIL STOP: 42489

传真: 360-586-6563

如果您由于社会福利服务部(DSHS)统一管理医疗保健计划拒绝为您提供医疗福利或服务而提出举行听证会之请求, 则您必须在提
请听证会之前完成您所属计划的上诉手续。(华盛顿州行政法规第388-538-112条规定)

本人提出举行听证会之请求, 理由是我不同意社会福利服务部(DSHS)或我的DSHS统一管理医疗保健计划作出的以下决定:

- 请简要说明DSHS或您的DSHS统一管理医疗保健计划所提供或未提供的服务(可视需要另加附页); 并且
- 如果可能的话, 请随附您对之提出申诉的决定通知书副本。

您的姓名(请工整填写)	出生日期
提出听证请求者的邮寄地址	个案当事人身份识别号码
城市 州 邮政编码	电话号码(请包括区域号码) <input type="checkbox"/> 留言电话

本人曾于: _____ 收到上述决定通知书 邮寄者: _____
日期 社区服务处(CSO)或DSHS统一管理医疗保健计划之名称及地点

若符合资格, 本人愿意继续获得补助: 是 否 计划名称: _____

本人的代表是(若您将亲自出席, 请不要填写以下两行内容):

您的代表人之姓名	组织机构	电话号码
地址 街道名称与门牌号码	城市	州 邮政编码

本人授权将有关我的听证信息透露给上列代表。

您的签名	日期
------	----

您是否需要口译人员或者其他帮助或便利条件, 以便您参加听证会? 是 否

若需要, 请问是哪种语言或哪些帮助? _____

行政法官(ALJ)也许会采用电话方式进行某些听证。若您希望改为由申请者亲自参加的听证会, 请按照行政听证处(OAH)即将邮寄给您的听证会通知函中的说明办理。