

FOR AGENCY USE ONLY

 Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE



درخواست دادرسی

REQUEST FOR HEARING

بر اساس فصل 388-02 مقررات دادرسی DSHS

صندوق پستی: 42489

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)

گیرنده:

PO BOX 42489

فکس: 360-586-6563

OLYMPIA WA 98504-2489

چنانچه درخواست دادرسی عدم ارائه مزایا یا خدمات پزشکی از بیمه سلامتی DSHS خود دارید، باید قبل از درخواست دادخواست مراحل دادخواست بمه خود را تکمیل کنید. (WAC 388-538-112)

اینجانب به عات نارضایتی از تصمیمات اتخاذ شده زیر توسط وزارت خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) یا بیمه درمانی تحت مدیریت DSHS خود درخواست دادرسی دارم:

- به طور خلاصه در مورد اقداماتی که وزارت خدمات اجتماعی و درمانی (DSHS) یا بیمه درمانی تحت مدیریت DSHS انجام داده یا نداده است (در صورت نیاز از برگه اضافه استفاده کنید) توضیح دهید؛ و
- اگر ممکن است یک نسخه از موارد مورد دادرسی را ضمیمه کنید.

نام (لطفاً خوانا بنویسید)		تاریخ تولد
آدرس پستی شخص متقاضی دادرسی		شماره شناسایی ارباب رجوع
شماره تلفن (شامل کد منطقه)	شهر	ایالت
کد پستی	تلفن پیام گیر <input type="checkbox"/>	
اینجانب از این تصمیم در تاریخ _____ بوسیله _____ مطلع شدم. نام و محل بیمه درمانی تحت مدیریت DSHS یا CSO		
در صورتی که واجد شرایط هستم مایل به ادامه دریافت کمک هستم <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> برنامه: _____		
نماینده من (اگر خود را نمایندگی خواهید کرد، دو سطر زیر را تکمیل نکنید):		
شماره تلفن	سازمان	نام نماینده شما
کد پستی	شهر	ایالت
آدرس خیابان		
<input type="checkbox"/> من اعلام اطلاعات مربوط به دادخواهی خود را به نماینده فوق الذکر را مجاز می دانم.		
تاریخ	امضاء شما	
آیا در موقع دادرسی نیاز به مترجم شفاهی یا سایر کمک ها یا وسایل راحتی دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
اگر جواب مثبت است، چه زبانی و چه کمکی؟ قضات حقوق اداری (ALJ'S) می توانند بعضی از دادرسی ها را به صورت تلفنی انجام دهند. چنانچه مایل به تغییر دادرسی هستید به دستور العمل ها ذکر شده در ابلاغ دادرسی که توسط OAH به آدرس شما پست خواهد شد توجه کنید.		