

심의회 신청서

REQUEST FOR HEARING

참조규정: DSHS 공정심의회 규정 제388-02조

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE

우송 주소: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

MAIL STOP: 42489

팩스번호: 360-586-6563

DSHS 건강관리단체 소속의 건강보험에서 의료혜택이나 의료서비스를 거절한 것에 대해 심의회를 요청하는 것일 경우 심의회를 신청하기 전에 반드시 그 보험사의 항소절차를 먼저 따라 수행해야 합니다. (WAC 388-538-112)

보건사회부(DSHS) 또는 제 DSHS 건강관리단체 소속의 건강보험에서 한 다음 결정에 동의하지 않기 때문에 심의회를 신청합니다.

- 보건사회부(DSHS) 또는 제 DSHS 건강관리단체 소속의 건강보험에서 한 일 또는 하지 않은 일을 간단하게 설명하십시오(여백이 더 필요하면 다른 용지를 추가하십시오).
- 가능하다면 항소관련 통지서 사본을 첨부하십시오.

이름(정자체로 기입요)

생년월일

심의회 신청인 주소

수혜자/의뢰인 ID 번호

시 주 우편번호

전화번호(지역번호 포함요)

메시지 수신 전화번호

제게 통보한 날짜와 사무실은 다음과 같습니다: _____
날짜 CSO 또는 DSHS 건강관리단체 소속의 건강보험 이름 및 주소

자격이 될 경우 계속 지원 받기를 원합니다. 예 아니요 프로그램: _____

다음은 본인의 대리인입니다(스스로를 대변할 경우 아래 두 칸을 작성하지 말고 그대로 두십시오).

대리인 이름

조직/기관

전화번호

주소 도로

시

주

우편번호

본인은 본인에 관한 심의회 정보를 위에 명시한 본인의 대리인에게 공개해도 됨을 아래 본인의 서명으로 승인합니다.

서명

날짜

심의회 장소에 통역관이나 기타 지원 또는 편의시설이 필요합니까? 예 아니요

'예'일 경우 원하는 언어나 지원을 기재하십시오. _____

행정법판사(ALJ)는 전화로 심의회를 실시할 수도 있습니다. 전화가 아닌 직접 면담하는 방법을 원하시면 OAH에서 우송한 심의회 통지서에 있는 지시사항을 준수하십시오.