



ការបង្ហាញអំពីគម្រោងផ្លាស់ប្តូរ Medicaid
សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីការលើកលែងសកម្មភាពចំពោះវិធាន
Medicaid Transformation Project Demonstration
Notice of Action Exception to Rule

ការិយាល័យរបស់បុគ្គលិក	លេខទូរស័ព្ទរបស់បុគ្គលិក
លេខសម្គាល់អតិថិជន	កាលបរិច្ឆេទ

សូមមើលផ្នែកដែលបានត្រួតពិនិត្យសម្រាប់ព័ត៌មានសំខាន់ៗ

សេចក្តីសម្គាល់ទៅដល់បុគ្គលិកករណី៖ ចូរប្រើទម្រង់បែបបទនេះតែសម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗដែលទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ និងនៅក្រោម ការបង្ហាញគម្រោងផ្លាស់ប្តូរ Medicaid (MTPD) ប៉ុណ្ណោះ។

ការលើកលែងទៅលើការស្នើសុំវិធាន៖

រៀបរាប់អំពីធាតុ ឬចំនួនដែលបានស្នើសុំ៖

ការលើកលែងទៅលើវិធានរបស់ក្រសួង តាម _____ ៖

- មិនត្រូវបានផ្តួចផ្តើម។** ហេតុផលសម្រាប់ការមិនផ្តួចផ្តើមការស្នើសុំនេះគឺ៖
 - WAC 388-440-0001។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកមិនខុសគ្នាពីភាគច្រើនឡើយ។
 - ផ្សេងទៀតផ្អែកលើ WAC 388-440-0001។
- ត្រូវបានផ្តួចផ្តើម និងអនុម័ត៖** កាលបរិច្ឆេទ៖ _____ ដល់ _____ ។
 ធាតុ ឬចំនួនដែលបានអនុម័ត៖ _____ ។
- ត្រូវបានផ្តួចផ្តើម ហើយបដិសេធ** ពីព្រោះ៖
 - WAC 388-440-0001។ ស្ថានភាពរបស់អ្នកមិនខុសគ្នាពីភាគច្រើនឡើយ។
 - ផ្សេងទៀតផ្អែកលើ WAC 388-440-0001។

អ្នកមិនមានសិទ្ធិចំពោះសវនាការយុត្តិធម៌លើសេចក្តីសម្រេចនេះបានទេ

- A. បើអ្នកមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសម្រេចនេះទេ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងជាលាយលក្ខណ៍ទៅកាន់អធិការកិច្ចនៃអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់អ្នក ដែលនឹងពិនិត្យឡើងវិញ និងឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍ក្នុងពេលដប់ (10) ថ្ងៃនៃការទទួលបានបណ្តឹងនេះ។
- B. ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ស្របតាមសេចក្តីសម្រេចរបស់អធិការកិច្ចនេះ អ្នកមានសិទ្ធិប្តឹងជាលាយលក្ខណ៍ទៅកាន់នាយកទីភ្នាក់ងារតំបន់ (AAA) ឬអ្នកទទួលបានការជ្រើសតាំង ដែលនឹងពិនិត្យឡើងវិញ និងឆ្លើយតបជាលាយលក្ខណ៍ក្នុងពេលដប់ (10) ថ្ងៃនៃការទទួលបានបណ្តឹងនេះ។
- C. ប្រសិនបើការពិនិត្យរដ្ឋបាល ឬយុត្តាធិការឡើងវិញគិតកំពុងរង់ចាំលើបញ្ហាដូចគ្នា ក្រសួងអាចជ្រើសរើសឆ្លើយតបទៅកាន់បណ្តឹងនោះដោយជូនដំណឹងអ្នកថា បញ្ហានេះត្រូវបានដោះស្រាយតាមរយៈដំណើរការការពិនិត្យរដ្ឋបាល ឬយុត្តាធិការឡើងវិញ។

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលិក	កាលបរិច្ឆេទ	ឈ្មោះរបស់អធិការកិច្ច
ការិយាល័យរបស់បុគ្គលិក		
អាសយដ្ឋាន AAA		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ប្រឹក្សា