



Medicaid 변혁 프로젝트 시연
결정 통지 규정 예외
Medicaid Transformation Project Demonstration
Notice of Action Exception to Rule

담당자 사무실	담당자 전화번호
수혜자 ID 번호	날짜

아래에 체크한 주요 정보를 확인해 주십시오.

 사례 담당자 주: MTPD(Medicaid 변혁 프로젝트 시연)에 의거해 MAC 혜택과 TSOA 혜택을 받고 있는 개인만 이 양식을 사용하십시오.

규정 예외 신청:

신청한 항목 또는 금액을 기술하십시오.

WAC _____에 의거, 부서 규정 예외:

- 을(를) 개시하지 않았습니다.** 본 이의 신청 건을 개시하지 않은 이유는 다음과 같습니다.
 - WAC 388-440-0001. 귀하의 상황이 대부분의 경우와 별 다르지 않음.
 - WAC 388-440-0001에 따른 기타 이유.
- 이(가) 개시 및 승인됨:** 일자: _____에서 _____까지.
 승인된 항목 또는 금액: _____.
- 이(가) 개시 및 거절됨.** 사유:
 - WAC 388-440-0001. 귀하의 상황이 대부분의 경우와 별 다르지 않음
 - WAC 388-440-0001에 따른 기타 이유.

귀하에게는 본 결정에 대해 공정 심의회를 요청할 권리가 없습니다

- A. 귀하가 본 결정에 동의하지 않을 경우, 사례 관리자의 감독관에게 서면으로 이의를 제기할 권리가 있습니다. 이 경우, 해당 감독관은 이의 제기 접수 후 십(10)일 이내에 재검토하고 서면으로 답변할 것입니다.
- B. 해당 감독관의 결정에 동의하지 않는 경우 지역의 노인기관 책임자(Area Agency on Aging Director, AAA), 지명된 사람에게 서면으로 이의를 제기할 권리가 있으며 귀하의 이의 제기건은 검토를 거친 후 접수일로부터 10일 이내에 결과가 통보될 것입니다.
- C. 같은 문제가 행정상 혹은 사법상 계류 중인 경우, 본 부서에서는 행정 혹은 사법부의 심리 절차를 통해 문제를 해결할 것이라는 내용을 귀하에게 통보하여 해당 이의 제기에 대해 회신할 수 있습니다.

직원의 서명	날짜	감독자의 이름
담당자 사무실		
AAA 주소		
시	주	우편번호