

## DEMANDE D'AUDIENCE REQUEST FOR HEARING

par le Chapitre 388-02 sur les règles d'audience de DSHS

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'AGENCE SEULEMENT.

Demande orale prise par :

NOM :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

DIVISION CONCERNÉE/ORGANISATION

DATE

**ENVOYER UN COURRIER A :** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH) MAIL STOP: 42489  
PO Box 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489 **FAX:** 360-586-6563

**Si vous demandez une audience pour un refus de prestations ou services médicaux de votre plan de soins de santé géré par DSHS, vous devez effectuer votre procédure en appel du plan avant de déposer une demande d'audience. (WAC 388-538-112)**

Je sollicite une audience parce que je conteste la décision suivante du Département des services sociaux et de santé (DSHS) ou de mon plan de soins de santé géré par DSHS :

- Expliquez brièvement ce que DSHS ou le plan de soins de santé géré par DSHS a décidé ou n'a pas fait (ajouter des pages le cas échéant) ; et
- Joindre une copie de l'avis que vous contestez, si possible.

VOTRE NOM (EN LETTRES D'IMPRIMERIE)

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE POSTALE DE LA PERSONNE DEMANDANT UNE AUDIENCE

NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT

VILLE ÉTAT CODE POSTAL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (INDIQUER L'INDICATIF)

MESSAGERIE TELEPHONIQUE

**J'ai eu connaissance de la décision le :** \_\_\_\_\_ **par :** \_\_\_\_\_  
DATE NOM DU PLAN DE SOINS DE SANTE GERE PAR DSHS OU CSO ET ADRESSE

**Je souhaite une assistance continue, si j'y ai droit :**  Oui  Non Programme : \_\_\_\_\_

Je suis représenté par (si vous vous représentez vous-même, ne pas remplir les deux lignes suivantes) :

NOM DE VOTRE REPRESENTANT

ORGANISATION

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE RUE

VILLE

ÉTAT

CODE POSTAL

**J'autorise la divulgation des informations sur mon audience au représentant ci-dessus.**

VOTRE SIGNATURE

DATE

Avez-vous besoin d'un interprète, d'une assistance ou d'un autre arrangement pour l'audience ?  Oui  Non

Si oui, quelle langue ou quelle assistance ? \_\_\_\_\_

Les juges du droit administratif peuvent tenir des audiences par téléphone. Si vous voulez changer pour une audience en personne. Suivre les instructions de l'avis d'audience qui vous sera envoyé par l'OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)