

**ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ  
REQUEST FOR HEARING**

согласно разделу 388-02 правил департамента  
DSHS по проведению слушаний

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

DATE

**ОТПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:**

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

MAIL STOP: 42489

**ФАКС:** 360-586-6563

**Если Вы запрашиваете о проведении слушания в связи с отказом в предоставлении медицинских льгот или услуг в рамках плана регулируемого медицинского обслуживания (managed care health plan) Департамента DSHS, то перед подачей запроса о проведении слушания Вам необходимо пройти все стадии процесса апелляции, предусмотренные Вашим планом. (WAC 388-538-112)**

Я запрашиваю о проведении слушания, поскольку не согласен (не согласна) со следующим решением Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS) или плана регулируемого медицинского обслуживания Департамента DSHS.

- Кратко поясните, какие действия предпринял или не предпринял Департамент DSHS или план регулируемого медицинского обслуживания Департамента DSHS (если Вам требуется больше места, приложите дополнительные страницы); а также
- по возможности, приложите копию обжалуемого Вами уведомления.

ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

ДАТА РОЖДЕНИЯ

АДРЕС ЛИЦА, НАПРАВЛЯЮЩЕГО ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

ГОРОД  
ИНДЕКС

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РЕГИОНА)

ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ

**Я был(а) уведомлен(а) о решении:**

ДАТА

НАИМЕНОВАНИЕ И АДРЕС ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (CSO) ИЛИ ПЛАНА РЕГУЛИРУЕМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ DSHS

**Я хочу продолжать получение помощи, если я имею на это право:**  Да  Нет

Программа: \_\_\_\_\_

Мои интересы представляет (если Вы будете представлять себя сами, не заполняйте следующие две строки):

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ

НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС НОМЕР ДОМА УЛИЦА

ГОРОД

ШТАТ

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

**Я разрешаю передать информацию о слушании моего дела моему представителю.**

ВАША ПОДПИСЬ

ДАТА

Нуждаетесь ли Вы в услугах переводчика или другом виде помощи, или каком-либо приспособлении во время слушания?

Да  Нет

Если да, то переводчик какого языка или какая помощь нужны? \_\_\_\_\_

Судьи по административным делам (Administrative Law Judges, ALJ) могут проводить слушания по телефону. Если Вы хотите лично присутствовать на слушании, следуйте инструкциям, приведённым в уведомлении о слушании, которое будет направлено Вам Управлением ОАН.