

关于对规则作例外考虑请求之行动的
Medicaid转变示范通知
**Medicaid Transformation Demonstration Notice of
Action Exception to Rule**

工作人员RU	工作人员电话号码
个案当事人身份识别号码	日期

以下核选的部分含有重要内容，请细阅。

对规则作例外考虑请求：

描述所请求的项目或金额：

依据华盛顿州行政法规WAC _____，对本部规则之某项例外考虑：

- 尚未提请核准。** 尚未提请核准的原因如下：
- 华盛顿州行政法规WAC 388-440-0001之规定。 您的情形与大多数人并无区别。
 - 以华盛顿州行政法规WAC 388-440-0001为依据的其它原因。
- 已提请并核准：** 日期： _____ 至 _____。
- 获准的项目或金额： _____。
- 已提请但遭到否决，** 原因是：
- 华盛顿州行政法规WAC 388-440-0001之规定。您的情形与大多数人并无区别
 - 以华盛顿州行政法规WAC 388-440-0001为依据的其它原因。

对于此项决定，您无权提出举行行政听证会的请求

- A. 如果您不同意此项决定，您有权在此通知后的**30**日内向您的个案管理员之负责人提出书面投诉；这位负责人员将于收到投诉之日起**十(10)**天之内进行复审并作出书面回复。
- B. 如果您不同意该位负责人员的决定，您有权向耆英服务地区办事处(AAA)处长或其指定人员（参见下方的“AAA地址”）提出您的书面投诉；有关人员将于收到投诉之日起**十(10)**天之内进行复审并作出回复。
- C. 如果对同一问题的行政或司法复审均尚待裁决，本部则有可能选择以下方法来回复您的投诉请求：即通知您，我们正在通过行政或司法复审程序来解决有关问题。

工作人员签名	日期	正楷姓名
主管姓名	主管电话号码	
AAA地址		
城市	州	邮政编码