



Transforming lives

Démonstration de la transformation de Medicaid
Avis d'action relative à la dérogation
Medicaid Transformation Demonstration
Notice of Action Exception to Rule

Table with 2 columns: RU DU TRAVAILLEUR, TÉLÉPHONE DU TRAVAILLEUR; NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT, DATE

Veillez consulter les sections cochées ci-dessous pour obtenir des informations importantes.

Demande de dérogation :

Description de l'article ou quantité demandé :

Une dérogation à la règle du département, en vertu du WAC _____ :

- Options for WAC 388-440-0001 and other reasons for exemption, including 'N'a pas été initiée', 'A été initiée et approuvée', and 'A été initiée et refusée'.

Cette décision n'accorde pas le droit à une audience administrative

- Options A, B, and C regarding appeals and administrative review processes.

Form with fields for SIGNATURE DU TRAVAILLEUR, DATE, NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, NOM DU SUPERVISEUR, TÉLÉPHONE DU SUPERVISEUR, ADRESSE DE L'AAA, VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL