

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

담당자 RU	담당자 전화번호
수혜자 ID 번호	날짜

아래에 체크한 주요 정보를 확인해 주십시오.

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 행정 심의회를 요청할 권리가 없습니다

- A. 귀하가 본 결정에 동의하지 않을 경우, 사례 관리자의 감독관에게 이 통지서 날짜로부터 30일 안에 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 사람(아래에서 "AAA 주소" 참조)에게 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	정자체로 쓴 이름
감독자의 이름		감독자의 전화번호
AAA 주소		
시	주	우편번호