

ໂຄງການຂອງການປ່ຽນແປງເມດິເຄດ໌
ໃບແຈ້ງການກະທຳສຳລັບການຍົກເວັ້ນຕໍ່ກົດລະບຽບ
Medicaid Transformation Project
Notice of Action Exception to Rule

RU ຫ້ອງການຂອງພະນັກງານ	ເລກໂທລະສັບຂອງພະນັກງານ
ເລກ ID ລູກຄ້າ	ວັນທີ

ກະຮຸນາເບິ່ງພາກສ່ວນທີ່ຖືກຫມາຍໃສ່ຢູ່ຂ້າງ
ລຸ່ມນີ້ສຳລັບຮາຍຮະອຽດທີ່ສຳຄັນ.

ຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຍົກເວັ້ນຕໍ່ກົດລະບຽບ:

ອະທິບາຍສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງ ຫລື ຈຳນວນທີ່ຖືກຮ້ອງຂໍເອົາ:

ການຍົກເວັ້ນຕໍ່ກົດລະບຽບຂອງກົມ, ອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC _____:

- ບໍ່ຖືກເລີ່ມຕົ້ນ.** ເຫດຜົນສຳລັບການບໍ່ເລີ່ມຕົ້ນຄຳຮ້ອງຂໍອັນນີ້ແມ່ນ:
 - WAC 388-440-0001. ສະພາບການຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ແຕກຕ່າງຫຍັງຫມົດຈາກສະພາບການສ່ວນຫລາຍ.
 - ແນວອື່ນໆໂດຍອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-440-0001.
- ໄດ້ຖືກເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ຖືກອະນຸມັດ:** ວັນທີ: _____ ໄປເຖິງ _____.
ສິ່ງໃດສິ່ງໜຶ່ງ ຫລື ຈຳນວນທີ່ຖືກອະນຸມັດໃຫ້: _____.
- ໄດ້ຖືກເລີ່ມຕົ້ນ ແລະ ຖືກປະຕິເສດ** ຍ້ອນວ່າ:
 - WAC 388-440-0001. ສະພາບການຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ແຕກຕ່າງຫຍັງຫມົດຈາກສະພາບການສ່ວນຫລາຍ.
 - ແນວອື່ນໆໂດຍອີງຕາມກົດຫມາຍ WAC 388-440-0001.

ທ່ານບໍ່ມີສິດຕໍ່ການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງໃສ່ຄຳຕັດສິນອັນນີ້

- A. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງທຸກເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນ **30** ວັນຈາກວັນທີ່ຂອງໃບແຈ້ງການໃບນີ້ໄປຫາຜູ້ຄວບຄຸມງານຂອງພະນັກງານເອກສານຂອງທ່ານຜູ້ທີ່ຈະກວດເບິ່ງຄືນ ແລະ ຕອບຄືນມາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນສິບ **(10)** ວັນຂອງການໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງທຸກ.
- B. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນຂອງຜູ້ຄວບຄຸມງານ, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະຮ້ອງທຸກເປັນລາຍລັກອັກສອນໄປຫາຜູ້ອຳນວຍການ ຫລື ຜູ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງຂອງຫ້ອງການ **Area Agency on Aging (AAA)** (ຈິ່ງເບິ່ງ "ທີ່ຢູ່ຂອງ AAA" ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້) ຜູ້ທີ່ຈະກວດເບິ່ງຄືນ ແລະ ຕອບຄືນມາເປັນລາຍລັກອັກສອນພາຍໃນສິບ **(10)** ວັນຂອງການໄດ້ຮັບຄຳຮ້ອງທຸກ.
- C. ຖ້າຫາກວ່າການກວດເບິ່ງຄືນຈາກອຳນາດການປົກຄອງ ຫລື ອຳນາດສານຍັງຖືກໂຈະລໍຖ້າຢູ່ກ່ຽວກັບເຮືອງອັນດຽວກັນ, ກົມອາດຈະເລືອກທີ່ຈະຕອບຄືນຕໍ່ຄຳຮ້ອງທຸກໂດຍການແຈ້ງໃຫ້ທ່ານຊາບວ່າເຮືອງນີ້ຈະຖືກແກ້ໄຂໂດຍຜ່ານການດຳເນີນການກວດເບິ່ງຄືນຈາກອຳນາດການປົກຄອງ ຫລື ອຳນາດສານ.

ລາຍເຊັນຂອງພະນັກງານ	ວັນທີ	ຊື່ຂຽນເປັນຕົວ
ຊື່ຂອງຜູ້ຄວບຄຸມງານ		ເລກໂທລະສັບຂອງຜູ້ຄວບຄຸມງານ
ທີ່ຢູ່ຂອງ AAA		
ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ