

重要事项：关于您服务的时间敏感性信息。

HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)

Medicaid转变项目 服务通知

Medicaid Transformation Project Service Notice

Client Name and Address

通知日期:

服务概述

此通知函旨在告知有关您服务的信息。它还会告知有关您上诉权力的信息。

请阅读下方的详情。您可能需要采取行动。

对于为您提供或服务您提出的服务申请，AAA正在采取以下行动。以下行动的生效期为 至 。

步骤	计划	行动	单位	金额

采取此项行动的官方依据如下：

华盛顿州行政法规(WAC)388-106-19 _____

其它： _____

如果您不同意此项行动并想要上诉，则需要知道：

- 一位行政法官将听审您的上诉。
- 从接到本通知的日期开始，您有90天的时间对此项决定提出上诉。
- 您可联络您的个案管理员来提出听证请求。他们还能提供有关上诉流程的更多信息。

有关上诉的信息

如果我对服务的终止或削减提出上诉并输了听证会，那么我会付出任何代价吗？

- 您可能必须向 DSHS 偿还您在等候听证会裁决期间所获得的服务的费用。这笔金额可能不超过 DSHS 的 60 天服务花费。
- 有关医疗福利的特别注意事项：如果这些服务正在因医疗福利的终止而终止，则您可能必须向 DSHS 偿还从您医疗服务终止之日起的付费服务费用。

我在听证会之前和之时有哪些权利？

- 您可以请其他人来代表您。
- 来自 DSHS 的任何人都不能代表您。
- 您可获得免费的法律帮助。有关详情，请拨打 1-888-201-1014。
- DSHS 将不会为代表您的人士付费。
- 您可查看您的 DSHS 档案。您可申请获得您 DSHS 档案的免费副本。
- DSHS 不能为您提供有关其他个案当事人的私人信息。
- 有时，DSHS 不能为您提供受法律保护的信息。
- 您将会获得 DSHS 用于作出此裁决的所有信息的副本。
- 您可以要求法官查看您具有的任何文件。
- 您可以在听证会上作证。
- 您可以让证人在听证会上作证。
- 您可以向 DSHS 的证人提问。

个案管理员姓名	电话号码 ()	电子邮件地址
个案管理员地址		