

## 上诉申请书

如果您认为我们在您家庭成员的资格方面犯了错误，可以请求法官举行听证会。通过填写此表格，即表示您正在请求与法官进行听证会。**提出上诉具有时间要求！**请确保在收到有争议的资格通知函之日起，在 **90** 个日历天内将此表格寄出。

申请识别号码	今日日期（月/日/年）	资格通知函所署日期：
--------	-------------	------------

### 上诉人情况

（“上诉人”是请求上诉的人员。上诉人应是 **华盛顿 Healthplanfinder** 申请的主要申请人。）

名	中间名缩写	姓
出生日期（月/日/年）	日间联系电话 (        )	电子邮件地址
街道名称与门牌号码	公寓/街道号码	
城市	州	邮政编码
请问与您联系的最佳方式？ <input type="checkbox"/> 电子邮件地址 <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 邮寄地址		

### 提出上诉的原因

#### 上述邮寄地址：

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>华盛顿 Healthplanfinder</b> 资格或金额： <ul style="list-style-type: none"><li>• 健康保险之保险费税项减免</li><li>• 患者承担部分医疗费用</li><li>• 华盛顿 Healthplanfinder 业务中的业务资格</li></ul> | <b>Washington Health Benefit Exchange Appeals</b><br>PO Box 1757, Olympia, WA 98504-1757<br>传真至：360-841-7653<br>如有任何疑问？请致电 1-855-859-2512            |
| <input type="checkbox"/> 华盛顿 Apple 健康（医疗）资格。<br><input type="checkbox"/> 我想要在上诉期间保留我的 Washington Apple Health 保险范围。   | <b>Washington Apple Health</b><br>PO Box 45504, Olympia, WA 98504-5504<br><br>Apple 健康问题：请致电 1-855-623-9357<br><br>*您必须在收到资格通知的 10 日内或在保险范围结束前发送此表格。 |

### 简要说明您的上诉原因

您为什么希望进行听证会？

## 授权代表（可选）

您可以请求亲戚、朋友、法律顾问或其他发言人（包括法律代表），帮您提交此上述或参与您的上述。如果您选择指定授权代表，则为此人授予与我们就上诉进行交谈的权限。

授权代表名称（名、中间名缩写、姓）		
日间联系电话	备选电话号码	电子邮件地址
街道名称与门牌号码		公寓/街道号码
城市	州	邮政编码
代表与您的关系（请勾选适合项）		
<input type="checkbox"/> 律师/法律顾问 <input type="checkbox"/> 雇主 <input type="checkbox"/> 朋友家庭成员 <input type="checkbox"/> 部落代表		<input type="checkbox"/> 保险代理、中间人或主持人 <input type="checkbox"/> 法定监护人/委托律师 <input type="checkbox"/> 法律顾问或辩护人（而非律师） <input type="checkbox"/> 其他：

## 我们能提供哪些帮助？

上诉听证会全程使用英语，除非您要求口译或其他便利服务。

您是否希望收到其它文本的通知函，而非英语通知函？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是如此，请问是何种语言服务？
您是否希望获得免费口译服务？ （朋友和家庭成员不得担任您的口译。） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是如此，请问是何种语言服务？
您是否因某种残障而需要其他便利服务或帮助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
若是如此，请说明所需帮助：	

## 部落归属

您是否是某个联邦政府认可之印第安部落的成员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，请列出什么部落？
---	--------------

## 阅读并在下方签字（必须）

现以下的亲笔签名表示，本人要求在法官判决前，召开听证会。我不同意针对我的资格作出的决定。据本人所知，我在此表格中提供的情况正确无误。本人明白，此听证请求可能会转呈给有权处理本人上诉的实体。

上诉人签名 <b>X</b>	签名日期（月/日/年）
-------------------	-------------

**请求快速上诉。** 常规上诉流程需要 30 – 90 日。如果您急需医疗保健服务，可以请求快速听证。如果您请求快速上诉，您也必须附加常规上诉流程可能危害生命、健康或保持或维持最大功效能力的证明。有关更多信息，请通过致电 1-855-859-2512 联系受理法院。

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而排斥任何人或以不同的方式對待他們。

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 還遵守適用的州法律，且不會因信仰、性別、性別表達或身份、性取向、婚姻狀況、宗教、榮譽退伍軍人或軍人身份，或殘疾人使用受訓的導盲犬或服務動物而歧視任何人。

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority :

- 向殘障人士免費提供各種援助和服務，以幫助他們與我們進行有效溝通，如：
  - 合格的手語翻譯員
  - 以其他格式提供的書面資訊（大號字體、音訊、無障礙電子格式、其他格式）
- 向母語非英語的人員免費提供各種語言服務，如：
  - 合格的翻譯員
  - 以其他語言書寫的資訊

如果您需要此類服務，請聯絡 1-855-923-4633

如果您認為 Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 未能提供這類服務或通過其他方式歧視您，您可以進行投訴：

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator 提交投訴 郵寄地址為 PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 電話號碼為 1-855-859-2512 傳真為 360-841-7653 電子信箱為 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer 提交投訴 郵寄地址為 PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 電話號碼為 1-855-682-0787 傳真為 Fax: 360-586-9551 電子信箱為 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	--

您可以親自提交投訴，或者以郵寄、傳真或電郵的方式提交投訴。如果您在提交投訴方面需要幫助，Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services 可以幫助您。

您還可以向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生及公共服務部）的 Office for Civil Rights（民權辦公室）提交民權投訴，透過 Office for Civil Rights Complaint Portal

以電子方式投訴：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或者透過郵寄或電話的方式投訴：

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C.20201  
1-800-368-1019，800-537-7697 (TDD)（聾人用電信設備）

登入 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 可獲得投訴表格。

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໆ ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).