

Форма запроса об апелляции

Вы можете подать запрос на проведение слушания с участием судьи, если, по вашему мнению, мы совершили ошибку в отношении определения вашей правомерности либо правомерности вашей семьи. Заполняя данную форму, вы делаете запрос о проведении слушания с участием судьи. **Запрос на апелляцию может быть подан в течение ограниченного периода времени!** Обеспечьте отправку вами этой заполненной формы в течение 90 календарных дней с даты получения уведомления о ваших правах, с которым вы не согласны.

Номер заявки	Сегодняшняя дата (мм/дд/гггг)	Дата на уведомлении о правах:
--------------	-------------------------------	-------------------------------

Информация об апеллянте

(«Апеллянт» — это лицо, подающее апелляцию. Апеллянт должен быть основным заявителем по вашему запросу в системе *Washington Healthplanfinder*).

Имя	Инициал среднего имени	Фамилия
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер телефона для связи в дневное время ()	Адрес электронной почты
Адрес проживания	Кв./Номер	
Город	Штат	Почтовый индекс

Предпочтительный способ связи?

Электронная почта Телефон Обычная почта

Причины для подачи заявки

- Право на пользование в рамках программы *Washington Healthplanfinder* или размер:
- Налоговый кредит плательщикам взносов на медицинское страхование
 - Распределение затрат
 - Право предприятия на участие в программе *Washington Healthplanfinder Business*

Вышлите заявку по почте:

Washington Health Benefit Exchange Appeals
PO Box 1757, Olympia, WA 98504-1757
Факс: 360-841-7653
У ВАС ЕСТЬ ВОПРОСЫ? 1-855-859-2512

- Право на участие в программе *Washington Apple Health (Medicaid)*.
- Я хотел(а) бы продолжать пользоваться покрытием *Washington Apple Health* в период апелляции.

Washington Apple Health
PO Box 45504, Olympia, WA 98504-5504

Для вопросов в отношении *Apple Health*: 1-855-623-9357

*Вам необходимо отправить эту форму в течение 10 дней со дня получения настоящего уведомления или до истечения срока действия вашего страхового покрытия.

Коротко объясните причины подачи вами апелляции

Почему вы хотите провести слушание?

Уполномоченный представитель (на ваше усмотрение)

Возможно, у вас есть родственник, друг, юристконсульт либо иное лицо, включая уполномоченного представителя, кто поможет вам составить и подать апелляцию. Выбрав уполномоченного представителя, вы даете этому человеку право контактировать с нами от вашего имени по вашей апелляции.

Имя уполномоченного представителя (первое имя, второе имя, фамилия)

Номер телефона для связи в дневное время	Альтернативный номер телефона	Адрес электронной почты
Адрес проживания		Кв./Номер
Город	Штат	Почтовый индекс
Ваши отношения с представителем (отметить все необходимое) <input type="checkbox"/> Адвокат/юристоконсульт <input type="checkbox"/> Работодатель <input type="checkbox"/> Член или друг семьи <input type="checkbox"/> Представитель племени		<input type="checkbox"/> Страховой агент, брокер или инструктор <input type="checkbox"/> Законный опекун/лицо, действующее по доверенности <input type="checkbox"/> Юридический советник или юрист (не адвокат) <input type="checkbox"/> Другое:

Как мы можем вам помочь?

При отсутствии запроса на услуги переводчика или иные услуги, слушания проводятся на английском языке.

Желаете ли вы получать уведомления на другом (не на английском) языке? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите язык.
Нужен ли вам бесплатный переводчик? (Друзья и члены семьи не могут выступать в качестве переводчика). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите язык.
Нуждаетесь ли вы в иных услугах или помощи по причине вашей инвалидности? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Если да, укажите, услуги/помощь какого характера вам необходимы:	

Принадлежность к племени

Являетесь ли вы членом федерально признанного племени? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, к какому племени вы принадлежите?
--	--

Прочитайте следующее и подпишитесь (обязательно)

Своей подписью я подтверждаю запрос о проведении слушания в присутствии судьи. Я не согласен (-на) с решением о моей правомерности. Информация, предоставленная в настоящей форме, является достоверной и правильной, основанной на моих знаниях и убеждениях. Я понимаю, что этот запрос об апелляции может быть направлен в организацию, уполномоченную рассмотреть мою апелляцию.

Подпись апеллянта: X	Дата подписи (мм/дд/гггг)
--------------------------------	---------------------------

Запрос об ускоренном рассмотрении апелляции. Продолжительность стандартного процесса принятия решения по апелляции: 30-90 дней. Если вы испытываете необходимость в неотложном получении медицинского обслуживания, вы можете запросить об экстренном (ускоренном) процессе организации слушания. В случае подачи запроса об апелляции по экстренной процедуре, приложите доказательство того, что в рамках обычного процесса организации апелляции могут возникнуть обстоятельства, ставящие под угрозу вашу жизнь, здоровье или способность обеспечивать или восстанавливать собственную функциональность на максимально возможном уровне. Чтобы получить дополнительную информацию, свяжитесь с Апелляционной службой по телефону 1-855-859-2512.

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority не исключает людей и не относится к ним по-разному из-за расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority также обеспечивает соответствие всем применимым законам штата и не допускает дискриминации на основе вероисповедания, а также по гендерной принадлежности, гендерному самовыражению или идентичности, сексуальной ориентации, семейному положению, религиозным убеждениям, статусу ветерана, уволившегося из рядов вооруженных сил с положительной характеристикой или статусу военнослужащего или по факту использования специально обученной собаки или иного животного лицом с признаками инвалидности.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Для эффективного взаимодействия предоставляет безвозмездную помощь и оказывает услуги людям с ограниченными возможностями, а именно:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - письменную информацию в других форматах (крупный шрифт, аудио формат, доступные электронные форматы, прочие форматы).
- Предоставляет бесплатные услуги перевода людям, для которых английский не является основным языком, а именно:
 - услуги квалифицированных переводчиков;
 - письменную информацию на других языках.

Если вы нуждаетесь в таких услугах, обратитесь к 1-855-923-4633

Если вы считаете, что Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority не предоставляет соответствующие услуги или применила иную практику дискриминации, вы можете подать жалобу по почте в адрес:

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653 appeals@wahbexchange.org	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 compliance@hca.wa.gov
--	---

Вы можете подать жалобу лично или отправить по почте, факсу или электронной почте. Если вам нужна помощь в подаче жалобы, вам поможет Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав в U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социальных служб США), Office for Civil Rights

(Управление по гражданским правам), в электронном виде через Office for Civil Rights Complaint Portal, доступный по ссылке: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, по почте или по телефону:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201 (США)
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Бланки жалобы доступны по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNA: 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 ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).