

## Washington Apple Health Kahilingan sa Administratibong Pagdinig

Washington Apple Health Administrative Hearing Request

**Unang Hakbang – Sagutan ang form na ito.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------|-----|
| <b>A. Ang Iyong Impormasyon</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
| Pangalan                                                                                                                                                                                                                                                           | Inisyal ng Gitna                                     | Apelyido |     |
| Address                                                                                                                                                                                                                                                            | Lungsod                                              | Estado   | ZIP |
| ID ng Kliyente                                                                                                                                                                                                                                                     | Numero ng Teleponong Matatawagan sa Araw<br>(      ) |          |     |
| Nangangailangan ka ba ng tulong sa pakikipag-usap, pagbasa, o pagsulat sa Ingles? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo<br>Kung oo, anong (mga) wika (maliban sa Ingles) ang gusto mong gamitin?                                              |                                                      |          |     |
| <b>B. Ilarawan ang Dahilan na Humihiling Ka ng Pagdinig sa Espasyo sa Ibaba:</b>                                                                                                                                                                                   |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                      |          |     |
| <b>C. Awtorisadong Kinatawan</b>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |          |     |
| <input type="checkbox"/> Tsekan ang box na ito kung may isang tao na tutulong sa iyo o kakatawan sa iyo sa panahon ng proseso ng administratibong pagdinig. Ito ay maaaring isang abogado, kaibigan o kapamilya. Ibigay ang impormasyon sa pagkontak ng taong ito: |                                                      |          |     |
| Pangalan                                                                                                                                                                                                                                                           | Numero ng Teleponong Matatawagan a Araw<br>(      )  |          |     |
| Address                                                                                                                                                                                                                                                            | Lungsod                                              | Estado   | ZIP |

**Ika-2 Hakbang – Ilakip ang kopya ng sulat na iyong natanggap.**

**Ika-3 Hakbang – Ipadala ang form na ito at ang kopya ng sulat,**

Ipadala sa:

CSD Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699

O

I-fax sa:

1-888-338-7410