

行政听证请求书

ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

请在法官主持听证会前，使用本表格，提出听证请求。若您不同意资格通知函中所署内容，请在此通知函所属日期起 90 个历日内寄送此表格。若您在 10 天内提出听证请求，那么在听证进行期间，您仍可保留您的 Apple Health 计划健康保险福利。

重要事项：鉴于普通上诉过程（耗时 90 天）可能会严重威胁您的生命、健康或者您保持或充分恢复身体机能的能力，若您立即需要医疗保健服务，请致电 1-855-859-2512，了解更多详细信息。

Healthplanfinder 申请识别号码 #:	资格通知函所署日期:	今日日期:	
上诉人情况			
上诉人名字	姓	中间名缩写	出生日期
邮寄地址	城市	邮政编码	日间电话号码 ()
电子邮件地址	雇主/公司名字 (若这是为您提供健康保险的雇主)		雇主电话号码
请问与您联系的最佳方式？ ☐ 电子邮件地址 ☐ 电话 ☐ 邮寄地址			
提出行政听证请求的原因			
☐ 您对 Washington Apple Health 计划（如 Medicaid 医疗辅助方案、儿童健康保险计划 CHIP）存在疑问吗？请致电 1-800-562-3022 ☐ 我想在听证进行期间，仍保留 WA Apple Health 计划健康保险福利。您必须在收到通知函的 10 天内，或在保险福利终止前（两者之中以迟者为准），将本表格寄送到医疗保健计划管理部门。 请寄往： Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504			
☐ 您对健康保险之保险费税项减免、计划成员费用分担福利、特殊参保资格存在疑问吗？请致电 1-855-859-2512 请寄往： WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 传真至： 360-841-7653			
请说明原因，您为何认为我们所做的决定不正确（以便法官了解您提出听证请求的原因）：			

