

## ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງ

### ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

ໃຊ້ຟອມໃບນີ້ເພື່ອຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຮ້ອງຊ່ວຍຫຼັກຖານສາ. ສິ່ງຟອມໃບນີ້ມາພາຍໃນ 90 ວັນຂອງວັນທີໃບໃບຮ້ອງການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບທີ່ທ່ານບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳ. ທ່ານຈະສາມາດຮັກສາການຄຸ້ມກັນ Apple Health ຕໍ່ໄປໃນອະໄວຍາກການດຳເນີນການຟັງເຮືອງຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຕໍ່າກວ່າ 10 ວັນ.

**ສໍາຄັນ:** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການທັນທີສໍາລັບການປິ່ນປົວພະຍາບານຍ້ອນການດຳເນີນການອຸທອນຕາມປົກກະຕິ (ທີ່ໃຊ້ເວລາເຖິງ 90 ວັນ) ສາມາດເປັນອັນຕະຣາຍຕໍ່ຊີວິດ, ສຸຂະພາບຂອງທ່ານ, ຫລື ຄວາມສາມາດທີ່ຈະຮັກສາໄວ້, ຫລື ໄດ້ການທຳການສູງສຸດຄືນ, ກະຮຸນາໂທຫາເລກ 1-855-859-2512 ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                 |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| Healthplanfinder ຄໍາຮ້ອງ ID #:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ວັນທີໃບໃບຮ້ອງການມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ:                                        | ວັນທີຂອງມື້ນີ້: |                         |
| <b>ຮາຍຮະອຽດກ່ຽວກັບຜູ້ອຸທອນ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |                 |                         |
| ຊື່ຂອງຜູ້ອຸທອນ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ນາມສະກຸນ                                                                 | ຊື່ກາງ          | ວັນເກີດ                 |
| ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ເມືອງ                                                                    | ຊື່ບໍລິເວນ      | ເລກໂທຣະສັບກາງວັນ<br>( ) |
| ທີ່ຢູ່ອີເມວ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ຊື່ຂອງນາຍຈ້າງ/ບໍລິສັດ<br>(ຖ້າຫາກວ່ານາຍຈ້າງບໍ່ນັ້ນເອົາປະກັນພັນສຸຂະພາບໃຫ້) |                 | ເລກໂທຣະສັບຂອງນາຍຈ້າງ    |
| ທິນທາງທີ່ຕິດທີ່ສຸດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານແມ່ນຫຍັງ? <input type="checkbox"/> ອີເມວ <input type="checkbox"/> ໂທຣະສັບ <input type="checkbox"/> ໄປສະນີ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                 |                         |
| <b>ເຫດຜົນສໍາລັບການຟັງເຮືອງຈາກອຳນາດການປົກຄອງຂອງທ່ານ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          |                 |                         |
| <input type="checkbox"/> ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Washington Apple Health (ເຊັ່ນວ່າ Medicaid, CHIP) ? 1-800-562-3022<br><input type="checkbox"/> ຂ້າພະເຈົ້າຢາກຈະຮັກສາເອົາການຄຸ້ມກັນ WA Apple Health ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄວ້ຢູ່ໃນອະໄວຍາກການດຳເນີນການຟັງເຮືອງ. ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສົ່ງຟອມໃບນີ້ໄປຫາ Health Care Authority ພາຍໃນ 10 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບໃບຮ້ອງການ ຫລື ກ່ອນການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ, ບໍ່ວ່າອັນໃດມາຮອດນຳຫລັງ.<br>ສົ່ງໄປທີ່: Health Care Authority<br>PO Box 45504<br>Olympia, WA 98504-5504 |                                                                          |                 |                         |
| <input type="checkbox"/> ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຍານພາລີສໍາລັບຄ່າທຳນຽມປະກັນພັນສຸຂະພາບ, ການແບ່ງສ່ວນໃນຄ່າຮາຄາ, ການຈົດຊື່ພິເສດບໍ່? 1-855-859-2512<br>ສົ່ງໄປທີ່: WAHBE Appeals<br>PO Box 1757<br>Olympia, WA 98507-1757<br>FAX: 360-841-7653                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          |                 |                         |
| ກະຮຸນາອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຄິດວ່າຄຳຕັດສິນຂອງພວກເຮົາແມ່ນຜິດ (ເພື່ອວ່າຜູ້ພິພາກສາຈະຮູ້ຈັກວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການການຟັງເຮືອງ):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                          |                 |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                    |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|--------|
| <b>ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍເຫລືອໄດ້ແນວໃດ?</b><br>ການຝັງເຮືອງແມ່ນເປັນພາສາອັງກິດ, ນອກຈາກນີ້ທ່ານຍັງອາດມີພາສາ ຫລື ການອ່ານວຍຄວາມສະດວກອື່ນ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                    |        |
| ທ່ານຢາກໃຫ້ໃບຢັ້ງຢືນການຂອງທ່ານເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດບໍ່?<br><input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       | ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ? |        |
| ທ່ານຢາກໄດ້ນາຍແປພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ<br>ຫນູ່ເຜື້ອນ ຫລື ສະມາຊິກຄອບຄົວຈະບໍ່ທຳຕົວເປັນນາຍແປພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້ໃນເວລາຂອງການຝັງເຮືອງ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       | ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ? |        |
| ທ່ານຢາກໄດ້ການອ່ານວຍຄວາມສະດວກ ຫລື ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອແນວອື່ນຍ້ອນຄວາມເສຍຊີວິດບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                    |        |
| ຖ້າແມ່ນ, ກະຊວງບັນຮະຍາຍສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                    |        |
| <b>ການຝົວພັນນຳຊົນເຜົ່າ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |                    |        |
| ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງຊົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ໂດຍຮັດຖະບານກາງບໍ່? <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                    |        |
| ຖ້າແມ່ນ, ຊົນເຜົ່າໃດ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                    |        |
| <b>ຜູ້ຕາງໜ້າ (ບໍ່ຕ້ອງມີກໍໄດ້)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                    |        |
| ນາມສະກຸນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ຊື່   | ເລກໂທລະສັບ         |        |
| ອີເມລ໌ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | ເລກໂທລະສັບສຳລອງ    |        |
| ທີ່ຢູ່                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ເມືອງ | ຮັດ                | ຊືບໂຄດ |
| ຄວາມສັມພັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕໍ່ຜູ້ອຸທອນ. (ຫມາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງນຳ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                    |        |
| <div><div><input type="checkbox"/> ທະນາຍຄວາມ/ຜູ້ປຶກສາທາງກົດຫມາຍ</div><div><input type="checkbox"/> ຕົວແທນ ຫລື ນາຍໜ້າຂອງປະກັນພັຍ</div><div><input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງ</div><div><input type="checkbox"/> ຜູ້ປຶກສາຕາມກົດຫມາຍ/ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ</div><div><input type="checkbox"/> ສະມາຊິກຄອບຄົວ/ຫນູ່ເຜື້ອນ</div><div><input type="checkbox"/> ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາ ຫລື ຜູ້ສະນັບສະນູນທາງກົດຫມາຍ (ບໍ່ແມ່ນທະນາຍຄວາມ)</div><div><input type="checkbox"/> ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຊົນເຜົ່າ</div><div><input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____</div></div> |       |                    |        |
| <b>ລາຍເຊັນ (ຕ້ອງມີ)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                    |        |
| ລາຍເຊັນຂອງອ້າພະເຈົ້າຢູ່ອ້າງລຸ່ມນີ້ແມ່ນຄຳຮ້ອງຂໍຂອງອ້າພະເຈົ້າສຳລັບການຝັງເຮືອງຂໍຂອງທ່ານຜູ້ພິພາກສາ. ອ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງອ້າພະເຈົ້າສຳລັບເງື່ອນໄຍະຍານພາສີ, <b>Apple Health</b> ຫລື ການຈົດຊື່ພິເສດທີ່ຖືກເຮັດໂດຍ <b>Washington Healthplanfinder</b> . ຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກເຮົາໃຫ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ, ອີງຕາມຄຳຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງອ້າພະເຈົ້າ. ອ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຄຳຮ້ອງຂໍເຮົາການຝັງເຮືອງອັນນີ້ອາດຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຫາອົງການອື່ນໆທີ່ມີສິດອຳນາດທີ່ຈະກຳການອຸທອນຂອງອ້າພະເຈົ້າ.                      |       |                    |        |
| ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       | ວັນທີ              |        |
| <b>X</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                    |        |

The Washington Health Benefit Exchange ເຮົາໃຫ້ການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການທຸກໆຢ່າງທີ່ເທົ່າທຽມກັນ.