Washington State Department of Social & Health Services
MSA Management Services Administration

የይግባይ ፈቃድ መጠየቅያ

REQUEST FOR HEARING

በምእራፍ 388.02፣ የ DSHS ፍትሐዊ አቤቱታ የማዳመጥ ሕጎች መሰረት የተጠየቀ

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ወደዚህ አድራሻ ይላኩ፤ OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

MAIL STOP: 42489

ፋክስ፤ 360-586-6563

በ DSHS የጤና እንክብካቤ እቅድ አስተዳደር፣ የሕክምና እርዳታዎችን ወይም አገልግሎቶችን መከልከልዎን አስመልክቶ፣ የአቤቱታ ስነስርአት እንዲደረግልዎ የሚጠይቁ ከሆነ፣ ፍትሃዊ የአቤቱታ ስነስርአት ከመጠየቅዎ በፊት፣ እቅድዎ ላይ ያለውን የይግባይ ሂደት አስቀድመው መጨረስ አለብዎ። (WAC 388-538-112)

የማሕበራዊና የጤና አገልግሎት ክፍል (DSHS) ከወሰደው ውሳኔ ጋር ስለማልስማማ፣ ይግባይ እየጠየቅሁኝ ነው፤

- **አጠር አድርገው DSHS ምን እንዳደረገ ወይም እንዳላደረገ ይግለጹ (ተጨማሪ ወረቀት ካስፈለግዎ ይጨምሩ)**
- **ይግባይ ስለጠየቁበት የማስታወቂያ ግልባጭ ከዚህ ቅጽ ጋር ያያይዙ (የሚቻል ከሆነ)።**

ስምዎ (ጎላ አድርገው ይጻፉ)	**የተወለዱበት ቀን**
ይግባይ የጠየቀው ሰው አድራሻ **ከተማ** **ስቴይት** **ዚፕ ኮድ**	**የባለጉዳይ የመታወቂያ ቁጥር** **የስልክ ቁጥር (ኤርያ ኮድ ይጨምሩ)** ☐ **የመልእክት ስልክ**

ስለውሳኔው በ _____ **፣ በ** _____ **ተነግሮኛል።**
ቀን **በ CSO ወይም በ DSHS የሚተዳደር የጤና እንክብካቤ እቅድ ስምና ቦታ**

ብቁ ከሆንኩኝ፣ ቀጣይ እርዳታ እፈልጋለሁ፤ ☐ **አዎ** ☐ **አይደለም** **ፕሮግራም፤** _____

እኔን የሚወክለኝ ሰው (እራስዎን የሚወክሉ ከሆነ የሚቀጥሉትን ሁለት መስመሮች ላይ ምንም አይጻፉ)፤

የወኪልዎ ስም	**ድርጅት**	**የስልክ ቁጥር**
አድራሻ፤ ጎዳና	**ከተማ** **ስቴይት**	**ዚፕ ኮድ**

☐ **የይግባይ ጥያቄዬን አስመልክቶ ያለውን መረጃ ለወኪሌ እንዲሰጥ ፈቅጃለሁ።**

ፊርማ	**ቀን**

ለይግባዩ የሚሆን አስተርጓሚ ወይም ሌላ እርዳታ ያስፈልጎታል ወይ? ☐ **አዎ** ☐ **አይደለም**

አዎ ካሉ፣ ምን ቋንቋ ወይም ምን አይነት እርዳታ? _____

የአስተዳደር የህግ ዳኛ (ALJ's) ዳኛ አንዳንድ የይግባይ ጥያቄዎችን በስልክ ሊያዳምጡ ይችላሉ። ፊት ለፊት ተገናኝተው ይግባይዎን ለማቅረብ ከፈለጉ፣ ከAOH፣ በፖስታ ቤት በኩል የሚላክ የይግባይ ማስታወቂያ ላይ ያሉትን መመሪያዎች ይከተሉ።