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

درخواست استماع دادرسی
REQUEST FOR HEARING

بر اساس فصل 02-388 از قوانین استماع دادرسی DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

پست شود به:

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH) MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489 **فکس**: 360-586-6563

چنانچه شما برای عدم ارائه مناسب مزایا و یا خدمات پزشکی از طرف طرح پوشش و سلامتی اداره شده توسط **DSHS** خود تقاضای استماع دادرسی دارید، بایستی قبل از درخواست استماع دادرسی عادلانه، مراحل درخواست ویژه طرح خود **(appeal process)** را تکمیل نمائید. **(WAC 388-538-112)**

اینجانب به دلیل عدم موافقت با تصمیم زیر که از جانب دپارتمان خدمات سلامتی و اجتماعی (DSHS) یا طرح پوشش و سلامتی اداره شده توسط DSHS خود اتخاذ شده است، تقاضای استماع دادرسی دارم:

- بطور مختصر توضیح دهید که DSHS یا طرح پوشش و سلامتی اداره شده توسط DSHS شما چه کارهائی انجام داده و یا انجام نداده است (اگر فضای بیشتری لازم دارید، می توانید صفحاتی را اضافه نمائید)؛ و
- در صورت امکان، یک کپی از گزارشی که نسبت به آن درخواست استماع دارید را ضمیمه کنید.

نام شما (لطفاً پرینت شود)	تاریخ تولد
آدرس فردی که تقاضای استماع دادرسی دارد	شماره شناسی مشتری
شهر ایالت کد پستی	شماره تلفن (پیش شماره را نیز ملحوظ فرمائید) ☐ پیغام گیر

در این تاریخ از تصمیم اتخاذ شده مطلع شدم: _____ توسط: _____
تاریخ — نام و محل طرح پوشش اداره شده توسط CSO یا DSHS

چنانچه واجد شرایط بودم، خواستار راهنمائی مداوم هستم: ☐ بلی ☐ خیر طرح: _____

وکالت من بر عهده فرد زیر می باشد (چنانچه نماینده ای را معرفی نمی کنید، دو خط زیر را خالی بگذارید) :

نام نماینده شما	سازمان	شماره تلفن
آدرس کوچه و پلاک	شهر ایالت	کد پستی

☐ بدینوسیله ارائه اطلاعات در مورد استماع دادرسی خود را به نماینده خود، مجاز می دارم.

امضای شما	تاریخ

آیا نیاز به یک مترجم حضوری و یا راهنمائی و مساعدت دیگری دارید؟ بلی ☐ خیر ☐

اگر جواب شما بلی است، به چه زبانی و یا چه مساعدتی؟ _____

قضات قوانین اجرائی (ALJ ها) برخی از استماعات را از طریق تلفن انجام می دهند. چنانچه می خواهید آنرا به یک استماع حضوری تبدیل نمائید، دستورالعمل موجود در "اطلاع از دادرسی" (Notice of Hearing) که توسط OAH برای شما ارسال می گردد را دنبال نمائید.