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

PODANIE O PRZES~UCHANIE

REQUEST FOR HEARING

zgodnie z Rozdz. 388-02 zasad przes`uchan DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISIONÍORGANIZATION

ADRES POCZTOWY‹ OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP‹ 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAKS‹ 360-586-6563

Aby móc złożyć wniosek o przesłuchanie w sprawie odmowy świadczeń lub usług medycznych przez plan opieki zdrowotnej zarządzany przez DSHS, trzeba <u>obowiązkowo najpierw</u> odbyć proces odwoławczy przewidziany przez administrację planu. (WAC 388-538-112)

Składam wniosek o przesłuchanie, ponieważ nie zgadzam się z poniższą decyzją Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej (DSHS) albo mojego planu opieki zdrowotnej zarządzanego przez DSHS:

- Prosimy zwięźle wyjaśnić, do zrobił lub czego nie zrobił DSHS lub plan opieki zdrowotnej zarządzany przez DSHS (w razie potrzeby można dołączyć dodatkowe kartki), oraz
- W miare moznosci nalezy za`aczyc kopie decyzji, od ktorej sk`adane jest odwo`anie.

NAZWISKO PETENTA (PISMEM DRUKOWANYM)	DATA URODZENIA
ADRES OSOBY ZADAJACEJ PRZES~UCHANIA MIEJSCOWOSC STAN KOD POCZTOWY	NUMER IDENTYFIKACYJNY KLIENTA NUMER TELEFONU (WRAZ Z NUMEREM KIERUNKOWYM) ☐ AUTOMATYCZNA SEKRETARKA

Zawiadomienie o decyzji‹ _____ nadawca‹ _____
DATA — NAZWA I ADRES PLANU OPIEKI ZDROWOTNEJ ZARZĄDZANEGO PRZEZ CSO LUB DSHS

Prosze o dalsza pomoc, jezeli mi przys`uguje‹ ☐ Tak ☐ Nie Program‹ _____

Dane dotyczace przedstawiciela (wype`niaja tylko osoby, ktore nie wystepuja we w`asnym imieniu)‹

NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA	ORGANIZACJA	NUMER TELEFONU
ULICA I NUMER DOMU	MIEJSCOWOSC STAN	KOD POCZTOWY

☐ **Upowazniam do udzielenia mojemu przedstawicielowi informacji dotyczacych przes`uchania.**

PODPIS PETENTA	DATA

Czy podczas przes`uchania potrzebuje PanÍi t`umacza lub innej pomocy albo u`atwienia ☐ Tak ☐ Nie

Jezeli tak, prosze wskazac jezyk lub rodzaj pomocy _____

Sedziowie administracyjni (ALJ) moga odbywac niektore przes`uchania przez telefon. Jezeli woli PanÍi przes`uchanie osobiste, prosze postepowac zgodnie z pouczeniem na Zawiadomieniu o przes`uchaniu otrzymanym poczta z OAH.