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

FOR AGENCY USE ONLY

☐ **Oral request taken by:**

NAME | TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ZAHTJEV ZA SASLUŠANJE
REQUEST FOR HEARING

Prema Poglavlju 388.02 za DSHS pravila za pravedno saslušanje.

POSLATI NA: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH)
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

MAIL STOP: 42489

FAX: 360-586-6563

Ako zahtijevate saslušanje radi odbijenice koju ste dobili za zdravstvene beneficije ili usluge od svog DSHS zdravstvenog plana, <u>morate</u> završiti sa žalbenim postupkom plana <u>prije</u> ulaganja zahtjeva za pravedno saslušanje. (WAC 388-538-112)

Zahtijevam saslušanje jer se ne slažem sa ovom odlukom koju je donijelo Ministarstvo socijalnih i zdravstvenih usluga (DSHS) ili moj DSHS zdravstveni plan:

- Objasnite ukratko šta DSHS ili vaš DSHS zdravstveni plan jeste ili nije uradio (dodajte stranice ako vam je potrebno još prostora); i
- Ako je moguće, priložite kopiju obavještenja na koje se žalite.

VAŠE IME (ŠTAMPAJTE)	DATUM ROĐENJA
ADRESA OSOBE KOJA ZAHTIJEVA SASLUŠANJE GRAD DRŽAVA POŠTANSKI BROJ	ID BROJ KLIJENTA BROJ TELEFONA (SA POZIVNIM BROJEM) ☐ BROJ ZA PORUKE

Obaviješten/a sam o odluci dana: _____ od strane: _____
DATUM | NAZIV I LOKACIJA CSO-a ILI DSHS ZDRAVSTVENOG PLANA

Ukoliko ispunjavam uslove, želim nastaviti primati pomoć: ☐ Da ☐ Ne Program: _____

Zastupaće me (ukoliko zastupate sami sebe, ne popunjavajte naredna dva reda):

IME OSOBE KOJA VAS ZASTUPA	ORGANIZACIJA	BROJ TELEFONA
ADRESA ULICA	GRAD DRŽAVA	POŠTANSKI BROJ

☐ **Dozvoljavam da se informacije o mom saslušanju ustupe osobi koja me zastupa.**

VAŠ POTPIS	DATUM

Da li vam treba prevodilac ili neka druga pomoć za saslušanje? ☐ Da ☐ Ne

Ako treba, za koji jezik ili kakva pomoć? _____

Sudije Upravnog zakona (ALJ) mogu održati neka saslušanja putem telefona. Ukoliko želite saslušanje uživo, slijedite instrukcije u Obavještenju o saslušanju, koje će vam poslati OAH.