

ໃບຟອມຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນ

ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງນໍາອັຍຍະການສານ, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຄິດວ່າພວກເຮົາເຮັດຄວາມຝິດພາດກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂຮັບເອົາການຊ່ວຍເຫລືອຂອງທ່ານ ຫລື ຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ. ໂດຍການຂຽນປະກອບໃບຟອມໃບນີ້, ທ່ານກໍາລັງຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງນໍາອັຍຍະການສານ. **ການຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນແມ່ນສໍາຄັນຕໍ່ເວລາຫລາຍ!** ຈົ່ງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານສິ່ງໃບຟອມໃບນີ້ມາຕໍາກວ່າ 90 ວັນຕາມປະຕິທິນຈາກວັນທີ່ຢູ່ໃນໃບຮ້ອງການກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບທີ່ທ່ານຄັດຄ້ານ.

ຄໍາຮ້ອງ ID	ວັນທີຂອງມື້ນີ້ (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ວັນທີ່ຢູ່ໃນໃບຮ້ອງການກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ
------------	-----------------------------	---

ຮາຍຮະອຽດຂອງຜູ້ອຸທອນ

("ຜູ້ອຸທອນ" ເປັນບຸກຄົນຜູ້ທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນ. ຜູ້ອຸທອນຄວນຈະເປັນຜູ້ຮ້ອງຂໍຕົ້ນຕໍຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ Washington Healthplanfinder ຂອງທ່ານ.)

ສູນ	ຊື່ກາງ	ນາມສະກຸນ
ວັນເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ)	ເລກໂທຣະສັບກາງເວັນ ()	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ອາພັດເມັນ/ຫ້ອງ #	
ເມືອງ	ຮັດ	ຊື່ບໍລິເວນ
ຫົນທາງທີ່ດີທີ່ສຸດທີ່ຈະຕິດຕໍ່ຫາທ່ານແມ່ນຫຍັງ? <input type="checkbox"/> ອີເມລ໌ <input type="checkbox"/> ໂທຣະສັບ <input type="checkbox"/> ໄປສະນີ		

ເຫດຜົນສໍາລັບການຍື່ນການອຸທອນ

ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ Washington Healthplanfinder ສໍາລັບ ແລະ ເປັນຈໍານວນເງິນ:

- ຄອດດິດພາສີຄ່າທໍານຽມປະກັນພ້ຍສຸຂະພາບ
- ການເສັຽຊ່ວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຮ່ວມກັນ
- ເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງການຄ້າ Washington Healthplanfinder Business

ເງື່ອນໄຂຮັບເອົາ Washington Apple Health (Medicaid).

- ຂ້າພະເຈົ້າຢາກຈະຮັກສາການຄຸ້ມກັນສຸຂະພາບ Washington Apple Health ໄວ້ໃນຮະຫວ່າງການດໍາເນີນການອຸທອນ.

ສິ່ງໃບອຸທອນໄປທີ່:

Washington Health Benefit Exchange Appeals
 PO Box 1757, Olympia, WA 98504-1757
 ແຟກຊ໌: 360-841-7653
 ຄໍາຖາມ: 1-855-859-2512

Washington Apple Health
 PO Box 45504, Olympia, WA 98504-5504

ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບ Apple Health: 1-855-623-9357

*ທ່ານຕ້ອງສິ່ງໃບຟອມໃບນີ້ເຂົ້າມາພາຍໃນ 10 ວັນຂອງການໄດ້ຮັບໃບຮ້ອງການກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບ ຫລື ກ່ອນທີ່ການຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານຈະສິ້ນສຸດລົງ.

ອະທິບາຍສິ່ງກ່ຽວກັບເຫດຜົນສໍາລັບການອຸທອນຂອງທ່ານ

ເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງຕ້ອງການການຟັງເຮືອງ?

ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຕາມສະມັກໃຈ)

ທ່ານຈະມີຜູ້ຮ່ວມງານ, ຫມູ່ເພື່ອນ, ຜູ້ປົກສາທາງກົດໝາຍ, ຫລື ຜູ້ເວົ້າແທນອີກຄົນນຶ່ງ, ລວມທັງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ, ຊ່ວຍເຫລືອທ່ານຢືນຄຳອຸທອນອັນນີ້ ຫລື ເຂົ້າຮ່ວມນຳໃນການອຸທອນຂອງທ່ານ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເລືອກເອົາທີ່ຈະບັງຄັບຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດຄົນນຶ່ງ, ທ່ານໃຫ້ຄຳອະນຸຍາດແກ່ຄົນນັ້ນທີ່ຈະເວົ້າລົມນຳພວກເຮົາກ່ຽວກັບການອຸທອນຂອງທ່ານ.

ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ຖືກອະນຸຍາດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)

ເລກໂທຣະສັບກາງເວັນ	ເລກໂທຣະສັບສຳລອງ	ທີ່ຢູ່ອີເມລ໌
ທີ່ຢູ່ຖະນົນ	ອາພັດເນັ້ນ/ຫ້ອງ #	
ເມືອງ	ຮັດ	ຊົບໂຄດ
ຄວາມສັມພັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ມີຕໍ່ທ່ານ (ໝາຍໃສ່ທຸກໆອັນທີ່ກ່ຽວນຳ)		
<input type="checkbox"/> ທະນາຍຄວາມ/ຜູ້ປົກສາທາງກົດໝາຍ <input type="checkbox"/> ນາຍຈ້າງ <input type="checkbox"/> ສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງຫມູ່ເພື່ອນ <input type="checkbox"/> ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຊົນເຜົ່າ		
<input type="checkbox"/> ຕົວແທນ, ນາຍໜ້າຫລືຜູ້ຊີ້ນຳປະກັນພັຍ <input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ/ອຳນາດຂອງທະນາຍຄວາມ <input type="checkbox"/> ຜູ້ໃຫ້ຄຳປຶກສາ ຫລື ຜູ້ຊ່ວຍເຫລືອທາງກົດໝາຍ (ບໍ່ແມ່ນທະນາຍຄວາມ) <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ:		

ພວກເຮົາສາມາດຊ່ວຍເຫລືອໄດ້ແນວໃດ?

ການຟັງເຮືອງແມ່ນເປັນພາສາອັງກິດ, ນອກຈາກວ່າທ່ານຂໍເອົານາຍພາສາ ຫລື ການອຳນວຍຄວາມສະດວກແນວອື່ນ.

ທ່ານຕ້ອງການຢາກໃຫ້ໃບແຈ້ງການຂອງທ່ານເປັນພາສາອື່ນນອກຈາກພາສາອັງກິດບໍ່?	ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ?
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າບໍ່? (ຫມູ່ເພື່ອນ ແລະ ສະມາຊິກຄອບຄົວຈະບໍ່ກະທຳຕົວເປັນນາຍພາສາໃຫ້ທ່ານໄດ້.)	ຖ້າແມ່ນ, ພາສາຫຍັງ?
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	
ທ່ານຕ້ອງການການອຳນວຍຄວາມສະດວກແນວອື່ນ ຫລື ຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຍ້ອນຄວາມເສັຽຊົງຄະບໍ່?	
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

ຖ້າແມ່ນ, ກະຮຸນາບັນຮະຍາຍສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ:

ຄວາມສັມພັນນຳຊົນເຜົ່າ

ທ່ານເປັນສະມາຊິກຂອງຊົນເຜົ່າທີ່ຖືກຮັບຮູ້ໂດຍຮັດຖະບານກາງບໍ່?	ຖ້າແມ່ນ, ຊົນເຜົ່າໃດ?
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

ອ່ານ ແລະ ເຊັນຊື່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ (ຕ້ອງມີ)

ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ເປັນຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າຊ່ວຍຫນ້າອັຍຍະການສານ. ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນພ້ອມນຳຄຳຕັດສິນກ່ຽວກັບເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຮາຍຮະອຽດທີ່ຖືກເອົາໃຫ້ຢູ່ໃນຟອມໃບນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງ, ອີງຕາມຄວາມຮັບຮູ້ທີ່ດີທີ່ສຸດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າໃຈວ່າຄຳຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນອັນນີ້ຈະຖືກສົ່ງຕໍ່ໄປຫາຫ້ອງການທີ່ມີສິດອຳນາດທີ່ຈະກຳກັບການອຸທອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ອຸທອນ	ວັນທີຂອງລາຍເຊັນ (ເດດ/ວວ/ປປປປ)
X	

ຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນຮີບດ່ວນ. ການດຳເນີນການອຸທອນທັມມະດາຈະໃຊ້ເວລາ 30 – 90 ວັນ. ທ່ານຈະຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຮີບດ່ວນ (ໄວກວ່າ) ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການດ້ານການບໍລິການທາງສຸຂະພາບທັນທີ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຮ້ອງຂໍເອົາການອຸທອນຮີບດ່ວນ, ທ່ານຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ລວມເອົາມາມຳຫລັກຖາມວ່າການດຳເນີນການອຸທອນທັມມະດາສາມາດເປັນອັນຕະຣາຍເຖິງຊີວິດ, ສຸຂະພາບ, ຫລື ຄວາມສາມາດຂອງທ່ານທີ່ຈະຮັກສາ ຫລື ໄດ້ມາການທຳງານສູງສຸດ. ຈົ່ງຕິດຕໍ່ຫາພະແນກ Appeals ໄດ້ທີ່ເລກ 1-855-859-2512 ເພື່ອຮາຍຮະອຽດເພີ່ມເຕີມ.

Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority

ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສິດທິພົນລະເມືອງຂອງຮັບຖືບານກາງທີ່ບັງຄັບໃຊ້ ແລະບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນໂດຍອີງໃສ່ພື້ນຖານດ້ານເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ບໍ່ຈຳແນກບຸກຄົນຫຼື ປະຕິບັດຕໍ່ພວກເຂົາໂດຍແຕກຕ່າງດ້ວຍເຫດຜົນດ້ານ ເຊື້ອຊາດ, ສີ່ຜິວ, ຊາດກຳເນີດ, ອາຍຸ, ຄວາມພິການ, ຫຼື ເພດ.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority

ຍັງໄດ້ປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍຮັບຖືທີ່ກ່ຽວຂ້ອງແລະບໍ່ມີການເລືອກປະຕິບັດບົນພື້ນຖານທາງດ້ານຫຼື ຄວາມເຊື່ອ, ເພດ, ການສະແດງອອກທາງເພດ ຫຼື ເອກະລັກ, ລົດນິຍົມທາງເພດ, ຖານະການແຕ່ງງານ, ສາສະໜາ, ທະຫານເກົ່າທີ່ອອກຈາກໜ້າທີ່ຢ່າງມີກົດຫລື ຖານະການເປັນທະຫານ, ຫລື ຜູ້ພິການທີ່ອາໄສໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບການຝຶກແລ້ວ ຫຼື ສັດຮັບໃຊ້ສະເພາະໃນການນຳທາງ.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະການບໍລິການ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ກ່ຽວກັບ ທີ່ພິການ ເພື່ອໃຫ້ສາມາດສື່ສານກັບພວກເຮົາໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາໃບ້ທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນໃນຮູບແບບອື່ນໆ (ເຊັ່ນ ຕົວພິມໃຫຍ່, ເທັບບັນທຶກ, ຮູບແບບອິເລັກໂຕຣນິກທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້, ຮູບແບບອື່ນໆ)
- ໃຫ້ບໍລິການດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ກ່ຽວກັບ ພາສາທີ່ພາສາຫຼັກຂອງເຂົາເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ, ເຊັ່ນ:
 - ນາຍພາສາທີ່ມີຄຸນສົມບັດເໝາະສົມ
 - ຂໍ້ມູນທີ່ຂຽນໃນພາສາອື່ນ

ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້, ຈົ່ງຕິດຕໍ່ 1-855-923-4633

ຖ້າທ່ານເຊື່ອວ່າ Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority ໄດ້ມີຄວາມລົ້ມເຫຼວໃນການໃຫ້ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຫລື ໄດ້ເລືອກປະຕິບັດດ້ວຍວິທີທາງອື່ນ, ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກກັບ :

Washington Health Benefit Exchange Legal Department ATTN: Legal Division Equal Access/Equal Opportunity Coordinator PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 1-855-859-2512 Fax: 360-841-7653	Health Care Authority Division of Legal Services ATTN: Compliance Officer PO Box 42700 Olympia, WA 98504-2700 1-855-682-0787 Fax: 360-586-9551 compliance@hca.wa.gov
--	---

appeals@wahbexchange.org

ທ່ານສາມາດຍື່ນເລື້ອຍໆຮ້ອງທຸກດ້ວຍຕົນເອງ ຫຼື ໂດຍທາງຈົດໝາຍ, ແຜນຊຸ້, ຫຼື ອີເມວ. ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການ

ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຄຳຮ້ອງທຸກ, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services ແມ່ນພ້ອມຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານ. ນອກຈາກນີ້ທ່ານຍັງສາມາດຮ້ອງທຸກດ້ານສິດທິພົນລະເມືອງໄດ້ກັບທາງ U.S. Department of Health and Human Services (ກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະແລະສຸຂະພາບຂອງສະຫະຣັຖ), Office for Civil Rights (ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ), ໂດຍທາງອິເລັກໂຕຣນິກຜ່ານ Office for Civil Rights Complaint Portal, ຊຶ່ງມີໃຫ້ທ່ານເວັບໄຊ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ຫຼື ໂດຍທາງໄປສະນີ ຫຼື ທາງໂທຣະສັບ ທີ່:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
ຟອມຄຳຮ້ອງທຸກ ກມີໃຫ້ທ່ານເວັບໄຊ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak [insert language], language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Spanish - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Chinese - 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)。

Vietnamese - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Korean - 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)번으로 전화해 주십시오.

Russian - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Ukrainian - УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-923-4633 (телетайп: ТТТ: 1-855-627-9604).

Cambodian (Khmer) - ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរសំរាប់ជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល, គឺអាចមានសំរាប់បម្រើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604)។

Japanese - 注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) まで、お電話にてご連絡ください。

Amharic - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-923-4633 (መስማት ለተሳናቸው: TTY: 1-855-627-9604)።

Oromo - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Somali - MUHIIM AH: Haddii aad ku hadashid Af-soomaali, adeegaha caawimaada luuqada, ee lacag la'aanta ah, ayaad heli kartaa. Wac 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Arabic - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-923-4633 (رقم هاتف الصم والبكم: TTY: 1-855-627-9604).

Punjabi - ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

German - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

Lao - ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ ອັດຕະໂນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈະມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).

French - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-923-4633 (TTY : 1-855-627-9604).

Hindi - ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604) पर कॉल करें।

Farsi (Persian) - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-923-4633 تماس بگیرید.

Romanian - ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-923-4633 (TTY: 1-855-627-9604).