

## Mẫu Đơn Yêu Cầu Khiếu Nại

Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần với thẩm phán, nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có một chôn nhảm lẫn về quý vị hoặc việc hệ điều kiện của các thành viên gia đình quý vị. Bằng cách điền vào mẫu đơn này, quý vị sẽ yêu cầu một phiên điều trần với một thẩm phán. **Yêu cầu một khiếu nại là thời điểm nhạy cảm!** Chắc chắn là quý vị gửi mẫu đơn này không quá 90 ngày dương lịch kể từ ngày trên thông báo hệ điều kiện mà quý vị đang tranh cãi.

|            |                           |                                  |
|------------|---------------------------|----------------------------------|
| ID Đơn Xin | Ngày hôm nay (mm/dd/yyyy) | Ngày trên thông báo hệ điều kiện |
|------------|---------------------------|----------------------------------|

### Thông Tin Người Khiếu Nại

(Một "người khiếu nại" là một người sẽ yêu cầu khiếu nại. Người khiếu nại nên là người nộp đơn chính trên đơn xin Washington Healthplanfinder của quý vị.)

|   |                               |               |
|---|-------------------------------|---------------|
| Tên   | Tên lót                       | Họ            |
| Ngày sinh (mm/dd/yyyy)  | Số điện thoại ban ngày<br>( ) | Địa chỉ Email |
| Địa chỉ đường   | Căn hộ/Phòng #                |               |
| Thành phố   | Tiểu bang                     | Mã vùng       |
| Cách tốt nhất nào để liên hệ với quý vị?<br><input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Thư |                               |               |

### Các Lý Do để Điền Vào một Đơn Khiếu Nại

- Việc hệ điều kiện Washington Healthplanfinder hoặc số tiền là:
- Tín Thuế Trả Phí Bảo Hiểm Y Tế
  - Chi Phí Đóng Góp
  - Việc Hệ Điều Kiện Của Doanh Nghiệp trong Washington Healthplanfinder Business

### Gửi Đơn Khiếu Nại về:

**Washington Health Benefit Exchange Appeals**  
 PO Box 1757, Olympia, WA 98504-1757  
 Fax: 360-841-7653  
 Thắc Mắc: 1-855-859-2512

- Việc hệ điều kiện Washington Apple Health (Medicaid).
- Tôi muốn giữ lại bảo hiểm Washington Apple Health của tôi trong suốt tiến trình điều trần.

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

Các thắc mắc về Apple Health: 1-855-623-9357

\*Quý vị phải gửi mẫu đơn này trong vòng 10 ngày kể từ khi nhận được thông báo về việc hệ điều kiện hoặc trước khi bảo hiểm của quý vị chấm dứt.

### Giải Thích Ngắn Gọn Các Lý Do Khiếu Nại Của Quý Vị

Vì sao quý vị muốn có một phiên điều trần?

## Đại Diện Được Ủy Quyền (Tùy Ý)

Quý vị có thể có một thân nhân, bạn bè, chuyên viên tư vấn pháp lý, hoặc một người phát ngôn khác, bao gồm một đại diện được ủy quyền, trợ giúp quý vị nộp đơn khiếu nại này hoặc tham gia vào cuộc khiếu nại của quý vị. Nếu quý vị quyết định nói rõ một đại diện được ủy quyền, quý vị đang cho phép người này nói chuyện với chúng tôi về cuộc khiếu nại của quý vị.

Tên Đại Diện Được Ủy Quyền (tên, tên lót, họ)

|  |                    |  |
|--|--------------------|--|
| Số điện thoại ban ngày   | Số điện thoại khác | Địa chỉ Email  |
| Địa chỉ đường  |                    | Căn hộ/Phòng #   |
| Thành phố  | Tiểu bang          | Mã vùng  |
| Mối quan hệ của người đại diện với quý vị (đánh dấu tất cả mục thích hợp)<br><input type="checkbox"/> Luật Sư Chuyên Viên Tư Vấn Pháp Lý<br><input type="checkbox"/> Sở Làm<br><input type="checkbox"/> Thành viên gia đình của bạn bè<br><input type="checkbox"/> Đại diện bộ lạc |                    | <input type="checkbox"/> Đại lý bảo hiểm, nhân viên môi giới, hoặc nhân viên hướng dẫn<br><input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp/Giấy Ủy Quyền<br><input type="checkbox"/> Chuyên viên tư vấn pháp lý hoặc biện hộ (không phải luật sư)<br><input type="checkbox"/> Khác: |

## Chúng Tôi Có Thể Trợ Giúp Như Thế Nào?

Các phiên đầu trần khiếu nại đều thể hiện bằng Tiếng Anh, trừ khi quý vị yêu cầu một phiên dịch viên hoặc các quá trình đầu chính khác.

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Quý vị có muốn các thông báo của mình thể hiện bằng một ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh không?<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không   | Nếu có, ngôn ngữ nào? |
| Quý vị có muốn có một thông dịch viên miễn phí không?<br>(Bạn bè và thành viên gia đình không thể làm một thông dịch viên của quý vị.)<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu có, ngôn ngữ nào? |
| Quý vị có cần phương tiện ăn ở khác hoặc trợ giúp do khuyết tật không?<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không   |                       |

Nếu có, xin mô tả những gì quý vị cần:

## Chi Nhánh Bộ Lạc

|  |                     |
|--|---------------------|
| Quý vị có là thành viên của một bộ lạc được liên bang công nhận không?<br><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | Nếu có, bộ lạc nào? |
|--|---------------------|

### Đọc và Ký Tên Dưới Đây (Bắt Buộc)

Chữ ký của tôi dưới đây là việc yêu cầu một phiên điều trần của tôi trước một thẩm phán. Tôi không đồng ý với quyết định về việc hỗ trợ điều kiện của tôi. Thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này là hoàn toàn đúng sự thật, với sự hiểu biết nhất của tôi. Tôi hiểu rằng đơn yêu cầu khiếu nại này có thể được chuyển tiếp đến đơn vị có thẩm quyền giải quyết khiếu nại của tôi.

Chữ ký người khiếu nại

Ngày ký (mm/dd/yyyy)

X

**Yêu cầu một khiếu nại khẩn cấp.** Tiến trình khiếu nại thực hiện 30-90 ngày. Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần khẩn cấp (nhanh hơn) nếu quý vị có nhu cầu lập tức về các dịch vụ tế. Nếu yêu cầu một cuộc khiếu nại khẩn cấp, quý vị **cũng phải bao gồm bằng chứng mà tiến trình khiếu nại thông thường có thể gây nguy hiểm đến cuộc sống, sức khỏe, hoặc khả năng duy trì hoặc hỗ trợ tổ chức chức năng của quý vị.** Liên hệ bộ phận Khiếu Nại theo số 1-855-859-2512 để biết thêm thông tin.

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority không loại trừ mọi người hoặc đối xử với họ khác biệt vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority cũng tuân thủ theo luật pháp hiện hành của tiểu bang và không phân biệt đối xử vì lý do tín ngưỡng, giới tính, thể hiện hoặc định dạng giới tính, định hướng giới tính, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, tình trạng xuất ngũ danh dự của cựu chiến binh hoặc quân đội, hay sử dụng động vật trong dịch vụ hoặc hướng dẫn chó đã huấn luyện bởi một người khuyết tật.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- Cung cấp dịch vụ hỗ trợ miễn phí cho những người khuyết tật để giao tiếp với chúng tôi có hiệu quả, như:
  - Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu đủ năng lực
  - Thông tin bằng văn bản ở các định dạng khác (chữ in lớn, âm thanh, định dạng điện tử có thể tiếp cận, các định dạng khác)
- Cung cấp miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ cho những người có ngôn ngữ chính không phải là tiếng Anh, như:
  - Thông dịch viên đủ năng lực
  - Thông tin được trình bày bằng ngôn ngữ khác

Nếu bạn cần những dịch vụ này, hãy liên hệ 1-855-923-4633

Nếu quý vị cho rằng Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority đã không cung cấp các dịch vụ này hoặc phân biệt đối xử theo một cách khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với:

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

Bạn có thể trực tiếp nộp đơn khiếu nại hoặc gửi qua đường bưu điện, chuyển fax, hoặc email. Nếu bạn cần trợ giúp nộp đơn khiếu nại, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services sẵn sàng giúp bạn.

Bạn cũng có thể nộp đơn khiếu nại về dân quyền lên U.S. Department of Health and Human Services (Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ), Office for Civil Rights (Văn Phòng Dân Quyền) bằng hình thức điện tử qua Office for Civil Rights Complaint Portal, có trên trang <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc qua đường bưu điện hoặc bằng điện thoại tại:

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)

Các mẫu khiếu nại có trên trang <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, គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ 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, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອອໍດີ ການພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ຈຶ່ງມີ 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).