

## 이의제기 신청서

귀하 본인이나 가족 구성원의 수혜자격에 대해 저희 측에서 실수한 부분이 있다고 생각하시면 법원 심의회를 요청하실 수 있습니다. 법원 심의회를 요청하시려면 이 신청서를 작성하시면 됩니다. **이의제기 신청을 할 때 시간을 민감하게 고려해야 합니다!** 귀하가 이의를 갖고 있는 수혜자격 통지서를 받은 날로부터 **90** 달력일 이내에 이 신청서를 보내셔야 합니다.

신청 ID	오늘 날짜 (월/일/년)	수혜자격 통지일
-------	---------------	----------

### 이의제기자 정보

("이의제기자"는 이의제기를 요청하는 사람입니다. 이의제기자는 *Washington Healthplanfinder* 신청서에 일차 신청자로 기재된 사람이어야 합니다.)

이름	중간이름 이니셜	성
생년월일 (월/일/년)	주간 전화번호 (      )	이메일 주소
도로 주소	Apt./Ste. #	
시	주	우편번호

귀하에게 연락할 수 있는 최상의 방법은?

- 이메일    전화    우편

### 이의제기 신청 이유

### 이의제기 신청서 우송 주소:

- 다음에 대한 *Washington Healthplanfinder* 수혜자격 또는 금액:
- 건강보험료 세금 공제
  - 분담금
  - *Washington Healthplanfinder Business* 의 비즈니스 수혜자격

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

- Washington Apple Health (Medicaid) 수혜자격.

- 본인은 이의제기 과정에서 Washington Apple Health 보장 혜택을 유지하고 싶습니다.

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

Apple Health 질문: 1-855-623-9357

\*귀하는 수혜자격 통지서를 받은 날로부터 **10** 일 이내에 또는 보험 보장 기간이 종료되기 전에 이 신청서를 보내셔야 합니다.

### 이의제기 이유를 간략하게 설명해주십시오

심의회를 원하시는 이유가 무엇입니까?

### 위임 받은 대리인 (선택 항목)

귀하에게는 위임 받은 대리인을 포함해 이번 이의제기 신청이나 참여를 도와주는 친척, 친구, 법률 고문, 또는 다른 대변인이 있을 것입니다. 위임 대리인을 지명하기로 선택하신다면, 그 사람에게 귀하의 이의제기에 대해 저희 측과 대화할 권한을 허락하는 것입니다.

위임 받은 대리인의 이름 (이름, 중간이름, 성)		
주간 전화번호	대리인 전화번호	이메일 주소
도로 주소		Apt./Ste. #
시	주	우편번호
대리인과 귀하의 관계 (해당 사항을 모두 체크하세요) <input type="checkbox"/> 변호사/법률 고문 <input type="checkbox"/> 고용주 <input type="checkbox"/> 친구의 가족 <input type="checkbox"/> 부족 대표		<input type="checkbox"/> 보험 대리점, 중개인, 또는 진료 설정자 <input type="checkbox"/> 법정 후견인/위임자 <input type="checkbox"/> 법률 자문사 또는 대변자 (변호사가 아님) <input type="checkbox"/> 기타:

### 어떻게 도와드릴까요?

이의제기 심의회는 귀하가 통역자 또는 다른 언어 편의 서비스를 요청하지 않는 한 영어로 진행됩니다.

통지서를 영어가 아닌 다른 언어로 받기를 원합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 답하셨다면 어떤 언어입니까?
무료 통역자를 원하십니까? (가족 친지는 통역자가 될 수 없습니다.) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 답하셨다면 어떤 언어입니까?
장애로 인하여 다른 편의 서비스나 도움이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
예라고 답하셨다면 본인이 필요로 하는 내용을 설명해 주십시오:	

### 제휴 부족

귀하께서는 연방 정부가 인정한 부족의 일원입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	예라고 답하셨다면 어떤 부족입니까?
--	---------------------

### 읽고 아래에 서명하십시오 (필수 기재 항목)

판사의 면전에서 심의회를 신청하기 위해 아래에 서명을 기재하였습니다. 저는 제 수혜자격에 대한 결정에 동의하지 않습니다. 이 양식에 본인이 제공한 정보는 진실하며 정확하고, 본인이 아는 바를 제공했습니다. 본인은 이 이의제기를 취급하는 당 기관에 이 이의제기 신청서를 회부할 수도 있음을 이해합니다.

이의제기자 서명 <b>X</b>	서명 날짜 (월/일/년)
----------------------	---------------

**긴급 이의제기 요청.** 정규 이의제기 과정은 30 – 90 일이 소요됩니다. 귀하께서는 시급한 건강 서비스를 받아야 할 경우 긴급 (빠른) 심의 절차를 요청하실 수 있습니다. 긴급 이의제기를 요청하실 경우, 정규 이의제기 과정으로 인해 귀하의 생명, 건강, 또는 최대한의 신체 기능을 유지 또는 회복할 수 있는 능력이 위태로워질 수 있다는 증빙서류도 첨부하셔야 합니다. 자세한 정보는 Appeals 에 1-855-859-2512 번호로 전화하셔서 문의하십시오.

## Discrimination is Against the Law

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은(는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은(는) 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 누군가를 배제하거나 다른 방식으로 대우하지 않습니다.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 은 또한 해당 주 법을 준수하고 신념, 성별, 성별 표현이나 성 정체성, 성적 지향, 결혼 유무, 종교, 명예 제대한 퇴역군인이나 군복무 유무, 또는 훈련된 안내견이나 도우미 동물의 도움을 받는 장애인이라는 이유로 차별하지 않습니다.

The Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority:

- 장애인들이 저희와 효과적으로 의사소통할 수 있도록 다음과 같은 무료 지원과 서비스를 제공합니다.
  - 자격있는 수화 통역자
  - 다른 형식의 서면 정보(큰 활자, 음성, 사용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주로 사용하는 언어가 영어가 아닌 이들에게는 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
  - 자격있는 통역자
  - 다른 언어로 작성된 서면 정보

이러한 서비스가 필요하시면 1-855-923-4633 에 연락하십시오.

Washington Health Benefit Exchange/Health Care Authority 이 이러한 서비스를 제공하지 않거나 다른 식으로 차별을 했다고 생각되시면, 다음 기관에게 불만을 제기하실 수 있습니다 :

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 <a href="mailto:appeals@wahbexchange.org">appeals@wahbexchange.org</a>	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 <a href="mailto:compliance@hca.wa.gov">compliance@hca.wa.gov</a>
--	---

(으)로 연락하여 불만을 제기하실 수 있습니다. 직접 방문하거나 우편, 팩스 또는 이메일로 불만을 제기하실 수 있습니다. 불만 제기와 관련하여 도움이 필요하시면, Washington Health Benefit Exchange Legal Department/ Health Care Authority Division of Legal Services (으)로부터 지원을 받으실 수 있습니다.

또한 공민권 민원을 미국 Department of Health and Human Services (보건복지부), Office for Civil Rights (시민권 사무국)에 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 에 있는 시민권 사무국 민원 포털을 통해 전자 방식으로 제출하거나 우편이나 전화로 제출할 수 있습니다. 주소 및 연락처는 다음과 같습니다.

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)

민원 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 에 있습니다.

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, ຈະມີ ພ້ອມໆ ອມໃຫ້ທ່ານ. 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).