



YÊU CẦU KHIẾU NẠI DÀNH CHO DC HEALTH LINK BUSINESS MARKETPLACE
NGƯỜI LAO ĐỘNG

Để khiếu nại quyết định rằng tôi không đủ điều kiện nhận bảo hiểm qua DC Health Link, vui lòng điền vào biểu mẫu này.

TÊN NGƯỜI LAO ĐỘNG (Người Khiếu nại): _____

NGÀY: _____ **SỐ ĐIỆN THOẠI #:** _____

ĐỊA CHỈ: _____ **Địa chỉ nhận thư (nếu khác)**

TÊN CỦA NGƯỜI SỬ DỤNG LAO ĐỘNG: _____

THÔNG TIN LIÊN HỆ CHÍNH:

TÊN: _____ **Địa chỉ nhận thư (nếu khác)**
ĐỊA CHỈ: _____

Mục - 1 Tôi yêu cầu một buổi điều trần vì (chọn tất cả các mục phù hợp)

| Cơ quan Trao đổi Quyền lợi Y tế (Health Benefit Exchange Authority) – Đối với Doanh nghiệp nhỏ |
|--|
| a) ___ Tôi đã đăng ký bảo hiểm thông qua chủ lao động của mình trên DC Health Link Small Business Marketplace và được xác định là không đủ điều kiện. |
| b) ___ Tôi đã đăng ký bảo hiểm thông qua chủ lao động của mình DC Health Link Small Business Marketplace và không nhận được quyết định đủ điều kiện kịp thời. |
| c) ___ Tôi đã đăng ký bảo hiểm thông qua chủ lao động của mình trên DC Health Link Small Business Marketplace và không nhận được thông báo về việc xác định tính đủ điều kiện của tôi. |

Mục 2 – Giải thích lý do Khiếu nại. Liệt kê nên bao gồm lý do tại sao ông/bà cho rằng Cơ quan Trao đổi Quyền lợi Y tế DC đã mắc lỗi. Ông/bà có thể đính kèm các hồ sơ bổ sung nếu cần thiết.

Mục 3 – Yêu cầu Đặc biệt (TÙY CHỌN) – Chọn bất kỳ dịch vụ đặc biệt nào mà ông/bà cần để tham gia phiên điều trần::

- Tôi cần thông dịch viên
- Ngôn ngữ gì: _____
- Tôi cần tham gia phiên điều trần qua điện thoại vì (các) lý do chính đáng sau.

- Chúng tôi nên gọi số điện thoại nào để liên lạc với ông/bà trong buổi điều trần? _____
- Tôi cần có chỗ ở hợp lý tại phiên điều trần.
- Ông/bà cần loại dịch vụ nào? _____

YÊU CẦU KHẨN CẤP / DỰ KIẾN

Đánh dấu vào đây nếu tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng thực hiện, duy trì hoặc phục hồi chức năng tối đa của ông/bà hiện đang gặp nguy hiểm vì ông/bà đang cần được chăm sóc y tế ngay lập tức. **Nếu vậy, ông/bà phải đính kèm tài liệu (ví dụ như kết luận của bác sĩ) để chứng minh. Nếu không, đơn khiếu nại của ông/bà sẽ được xử lý theo lịch trình chuẩn.**

Mục 4 – Thông tin liên hệ

Luật sư/Người đại diện (nếu có):

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu điện: _____

Điện thoại #: _____

Người soạn (nếu không phải là người nộp đơn):

Tên đầy đủ: _____

Văn phòng/Trung tâm: _____

Điện thoại #: _____

Tôi ký vào đơn Khiếu nại này chấp nhận hình phạt nếu khai man, có nghĩa là tôi đã trả lời thật cho tất cả các câu hỏi trong biểu mẫu này theo mức độ hiểu biết cao nhất của mình. Tôi biết rằng việc khai sai thông tin trong biểu mẫu này sẽ bị trừng phạt theo Bộ luật Chính thức của D.C. § 22-2405.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

GỬI BỞI U.S. MAIL, E-MAIL, HOẶC FAX ĐẾN:

DC Health Benefit Exchange Authority
ATTN: Eligibility Appeals Team (SHOP)
1225 Eye Street, NW
4th Floor
Washington, DC 20005SHOP.Appeals@dc.gov

E-MAIL: SHOP.Appeals@dc.gov

FAX: (202) 724-2041

PHONE: (855) 532-5465

(LẬT ĐỂ SANG TRANG)

Phiên bản ngày: 7/12/17