



YÊU CẦU KHIẾU NẠI VỀ BẢO HIỂM SỨC KHỎE CÁ NHÂN / GIA ĐÌNH

Nếu ông/bà không hài lòng với các quyết định dành cho các chương trình ESA khác (TANF, Food Stamps, IDA, v.v.), biểu mẫu khác phải được sử dụng hoặc gọi đến số điện thoại được liệt kê ở cuối biểu mẫu này.

TÊN (Người khiếu nại): _____ NGÀY: _____

SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

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

Mục 1 Tôi yêu cầu một buổi điều trần vì tôi không đồng ý với những điều sau (chọn tất cả các mục phù hợp)

Bộ dịch vụ nhân sinh	Cơ quan Trao đổi Quyền lợi Y tế (Health Benefit Exchange Authority)
a) Từ chối Medicaid	a) <input type="checkbox"/> Từ chối Thời Hạn Ghi Danh Đặc Biệt (SEP)
b) Chấm dứt Medicaid	b) <input type="checkbox"/> Từ chối Tái tục (Chương trình Bảo hiểm Tư nhân)
	c) <input type="checkbox"/> Từ chối thay đổi Ngày hiệu lực (a.k.a. “ngày bắt đầu”)
	d) <input type="checkbox"/> Từ chối Ngày Chấm Dứt Tự Nguyện (a.k.a. “ngày kết thúc”)
	e) <input type="checkbox"/> Từ chối hoặc tính toán Tín Thuế Bảo Phí (APTC)
	f) <input type="checkbox"/> Từ chối hoặc tính toán Giảm chi phí Sharing (CSR)
	g) <input type="checkbox"/> Từ chối Ghi Danh (Chương trình Bảo hiểm Tư nhân thông qua DC Health Link)

Mục 2 Ông/bà mong muốn quyết định được thay đổi như thế nào? _____

Mục 3 Có người khác trong hộ gia đình của ông/bà được hưởng quyền lợi mà ông/bà đang khiếu nại không? Nếu vậy, hãy liệt kê tên của họ ở đây: _____

Mục 4 – Chỉ dành cho APTC/CSR: [KHÔNG SỬ DỤNG PHẦN NÀY CHO KHIẾU NẠI MEDICAID]

Mức APTC mà ông/bà đã chấp thuận? Tối đa \$ _____ /tháng (Chọn đây nếu không có):
Mức CSR mà ông/bà đã chấp thuận? _____ % (Chọn đây nếu không có):

(LẬT ĐỀ SANG TRANG)

Đánh dấu ở đây nếu ông/bà muốn đăng ký APTC/CSR trong khi chờ xử lý khiếu nại của ông/bà.

LƯU Ý: Nếu ông/bà chọn mục này và khiếu nại của ông bà cho ra kết quả là đủ điều kiện để nhận ít hơn hoặc không có Tín Thuế Bảo Phí, thì số tiền ông/bà nhận được trong khi chờ khiếu nại được xử lý có thể dẫn đến việc ông/bà nợ thuế liên bang nhiều hơn hoặc có thể làm giảm số tiền hoàn trả ông/bà nhận được.

Mục 5 - 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):

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

Tên: _____

Tên đầy đủ: _____

Địa chỉ: _____

Văn phòng/Trung tâm: _____

Điện thoại #: _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu điện: _____

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. Tôi cũng chứng thực rằng tôi được sự cho phép của tất cả những người được liệt kê trong Mục 3 để thay mặt họ gửi yêu cầu khiếu nại.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

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

Office of Administrative Review and Appeals
64 New York Avenue NE, 5th Floor
Washington DC 20002

E-MAIL: DC.OARA@DC.GOV
FAX: (202) 724-2041
PHONE: (202) 698-3907