주정부 공정 심리 요청서

성명: _____ 생년월일: _____

우편 주소: _____

시: _____ 주:_____ 우편번호:_____

전화: _____ 이메일:_____

이메일을 통해 귀하와 연락하는 것이 동의하시나요?

☐ 예 ☐ 아니요

Medi-Cal BIC 카드 번호 및/또는 사회보장번호가 있는 경우 기재해 주십시오.

_____

본인은 다목적 노인 서비스 프로그램(MSSP)의 다음 조치와 관련하여 주정부 공정 심리를 요청합니다.

☐ 중단 ☐ 거부 ☐ 축소

본인의 요청 사유는 다음과 같습니다.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(작성 공간이 부족한 경우에는 별도의 용지에 작성하여 이 양식에 첨부해 주십시오.)

MSSP 서비스 제공기관명:

_____

본건에 대한 MSSP 서비스 제공기관 이의 제기 여부: ☐ 아니요 ☐ 예
언제 이의를 제기하셨나요?_____

본 이의 제기에 대한 MSSP 답변 여부: ☐ 아니요 ☐ 예
언제 답변을 받으셨나요?_____

특별 편의 제공 요청

(해당되는 경우에만 이 항목을 작성해 주십시오)
심리를 위해 다음과 같은 편의 제공이 필요합니다.

☐ **저의 상황이 긴급하므로 신속 심리를 요청합니다.** 제 사건은 긴급하게 결정되어야 하므로, 최대 90일까지 기다릴 수 없습니다. 신속한 결정이 내려지지 않으면 다음과 같은 상황이 발생합니다.

☐ **심리 계류 중 서비스/급여 지급 계속:** 행정법 판사가 제 사건에 대해 결정할 때까지 서비스를 계속 제공해 주십시오. (계속 제공받기를 원하는 서비스를 기재하고, MSSP 서비스 제공기관이 해당 서비스를 중단한 날짜 또는 중단될 예정인 날짜를 적어 주십시오.)

☐ **무료 통역 서비스를 요청합니다.** 저는 영어 이외의 언어를 사용하므로, 심리를 위해 통역 서비스가 필요합니다. (통역 서비스는 주정부에서 귀하에게 무료로 제공합니다.)

언어/방언: _____

☐ **장애로 인한 합리적인 편의 제공을 요청합니다** (심리 참석 지원용). 희망하는 편의 제공 내용은 다음과 같습니다.

☐ **심리에서 다른 사람이 저를 대신하여 발언(대리)하기를 원합니다.** 그 사람은 이 심리와 관련된 저의 의료기록을 열람할 수 있으며, 심리에 참석할 수 있습니다. 심리에서 저를 대신해 발언할 사람은 다음과 같습니다.

성명: _____ 전화번호: _____

주소: _____

신청인 서명: _____ 날짜: _____

MSSP 서비스 제공기관으로부터 받은 서신(조치 통지서)이 있는 경우에는 그 사본을 이 양식과 함께 제출해 주십시오. (이 양식의 사본을 보관하려면, 제출하기 전에 복사해 두십시오.)

이 양식에 기재하신 정보는 공정심리 요청을 처리하는 데 필요합니다. 요청서가 완전하게 작성되지 않은 경우 처리가 지연될 수 있습니다. 수석 심리관(Chief Referee)이 귀하의 사건 기록을 작성합니다. 귀하는 사건 기록을 구성하는 자료를 열람할 권리가 있으며, 이를 원하시면 공공 문의 및 응답 (Public Inquiry and Response) 부서에 연락하여 열람하실 수 있습니다. 귀하가 제공한 모든 정보는 MSSP 서비스 제공기관 및 미국 보건복지부와 공유될 수 있습니다.