Форма запроса беспристрастного слушания на уровне штата

Имя:_____ Дата рождения:_____

Почтовый адрес: _____

Город: _____ Штат:_____ Почтовый индекс: _____

Телефон:_____ Адрес электронной почты: _____

Разрешаете ли вы нам связываться с вами по электронной почте?

☐ Да ☐ Нет

Пожалуйста, укажите номер своей карты Medi-Cal BIC и/или номер социального страхования, если он у вас есть: _____

Я запрашиваю беспристрастное слушание на уровне штата в связи с решением, принятым Многоцелевой программой обслуживания пожилых (MSSP) в отношении следующего:

☐ Прекращение ☐ Отказ ☐ Сокращение

Причина моего запроса:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Если вам понадобится больше места, возьмите ещё один лист бумаги и прикрепите его к этому.)

Название филиала MSSP:

_____

Я подал (-а) апелляцию по этому делу в филиал MSSP: ☐ Нет ☐ Да
Когда (дата)? _____

Филиал MSSP ответил на апелляцию: ☐ Нет ☐ Да
Когда (дата)? _____

ЗАПРОС НАДЛЕЖАЩИХ УДОБСТВ

(Заполните этот раздел, только если это относится к вам)
Мне требуется следующее для слушания:

☐ **Мне необходимо ускоренное слушание, поскольку моя ситуация является неотложной.** Мое дело должно быть рассмотрено в кратчайшие сроки, и я не могу ждать до 90 дней. Вот что произойдет, если решение не будет принято в кратчайшие сроки:

☐ **Продолжающиеся услуги/временное продолжение предоставления услуг на период рассмотрения апеляции: Прошу продолжить предоставление мне услуг** до тех пор, пока судья не вынесет решение по моему делу. (Опишите услуги, которые вы хотите продолжать получать, и укажите дату, с которой филиал MSSP прекратил или планирует прекратить их предоставление):

☐ **Мне нужен бесплатный переводчик.** Я говорю на языке, отличном от английского, и мне нужен переводчик для участия в слушании. (Переводчик будет предоставлен вам бесплатно администрацией штата.)

Язык/диалект: _____

☐ **У меня есть ограниченные возможности здоровья, и мне требуются надлежащие удобства** для обеспечения возможности участия в слушании. Мне требуется (-ются) следующее (-ие) приспособление (-я):

☐ **Я хочу, чтобы кто-то другой говорил за меня (представлял меня) на слушании.** Он/она может ознакомиться с моими медицинскими документами, имеющими отношение к данному слушанию, и присутствовать на нем. Лицо, которое я уполномочил (-а) представлять мои интересы:

Имя: _____ Номер телефона: _____

Адрес: _____

Моя подпись: _____ Дата: _____

ОТПРАВЬТЕ ЭТУ ФОРМУ ВМЕСТЕ С КОПИЕЙ ПИСЬМА (УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРИНЯТОМ РЕШЕНИИ), КОТОРОЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ОТ ФИЛИАЛА MSSP, ЕСЛИ ОНО У ВАС ЕСТЬ. (ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ СОХРАНИТЬ КОПИЮ ЭТОЙ ФОРМЫ ДЛЯ СЕБЯ, СДЕЛАЙТЕ ЕЕ КОПИЮ ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ.)

Информация, которую вы указываете в этой форме, необходима для обработки вашего запроса на слушание. Обработка запроса может затянуться, если запрос заполнен не полностью. Главный судья по административным делам заведет дело по вашему обращению. Вы имеете право ознакомиться с материалами в деле и можете сделать это, обратившись в отдел по работе с обращениями и предоставлению информации (Public Inquiry and Response). Любая предоставленная вами информация может быть передана в офис MSSP и в Министерство здравоохранения и социальных служб США.