州公平听证会申请表

姓名：_____ 出生日期：_____

邮寄地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

电话：_____ 电子邮件：_____

您是否允许我们通过电子邮件与您联系？

☐ 是 ☐ 否

如果您有，请提供您的加州医疗补助计划 (Medi-Cal) BIC 卡号和/或社会安全号码：_____

因多功能老年人服务计划 (MSSP) 采取的以下行动，我申请州公平听证会：

☐ 终止 ☐ 拒绝 ☐ 减少

我提出申请的理由是：

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

（如果您需要更多空间，请另附一张纸，并将其附在本表后。）

MSSP 服务机构名称：

_____

我是否已就此个案向 MSSP 服务机构提出上诉：☐ 否 ☐ 是
日期？

MSSP 站点是否已对上诉作出答复： ☐ 否 ☐ 是
日期？ _____

申请特殊便利措施

（仅在适用于您的情况下填写本部分）
我在听证会上需要以下便利措施：

☐ **因情况紧急，我需要申请加急听证会。**我的案件必须尽快作出决定，我无法等待长达 90 天。如果不能尽快作出决定，将会发生以下情况：

☐ **继续提供服务 / 支付待定的援助：请继续为我提供服务**，直至法官对我的个案件作出裁决。（请说明您希望继续提供的服务，并注明 MSSP 站点停止提供该服务或计划停止提供该服务的日期）：

☐ **我想要免费口译员。**我说英语以外的语言，因此我需要在听证会上获得口译服务。（州政府将免费为您提供口译员。）

语言/方言：_____

☐ **我有残障，想要合理便利措施**，以便我能够参加听证会。我想要的合理便利措施是：

☐ **我希望由他人在听证会上为我（代表我）发言。**他/她可以查阅与本次听证会有关的我的医疗记录，并且可出席听证会。我选择的代言人是：

姓名：_____ 电话号码：_____

地址：_____

我的签名：_____ 日期：_____

如果您有 MSSP 站点向您发送的函件（行动通知），请将本表连同该函件的副本一并寄送。（如果您需要保留本表副本，请在寄送前自行复印。）

您在本表中提供的信息，是处理您听证申请所必需的。如果您的申请资料不完整，处理过程可能会延迟。首席听证官将为您建立个案档案。您有权查阅构成该案件档案的材料，并可联系公众查询与答复部门进行查阅。您提供的任何信息均可能与 MSSP 办公室以及美美国卫生与公众服务部门共享。