州公平聽證會請求表格

姓名：_____ 出生日期：_____

郵寄地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話：_____ 電子郵件：_____

您是否同意我們透過電子郵件與您聯絡？

☐ 是 ☐ 否

請提供您的加州醫療補助計劃（Medi-Cal）BIC 卡號和/或社會安全號碼（如有）：_____

我請求州公平聽證會，因為多用途長者服務計劃（MSSP）採取了與下列事項相關的行動：

☐ 終止 ☐ 拒絕 ☐ 減少

我提出此請求的原因是：

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

（如果您需要更多空間，請另附一張紙並將其附在本表後。）

MSSP 機構名稱：

_____

我已向 MSSP 機構提出此個案的上訴： ☐ 否 ☐ 是
日期？

MSSP 站點是否回應了上訴： ☐ 否 ☐ 是
日期？_____

特殊便利措施請求

（僅在適用於您時，才填寫本部分）
我在聽證中需要以下便利措施：

☐ **我需要加急聽證，因為我的情況十分緊急。**我的個案必須儘快作出裁決，我無法等待長達 90 天。如果無法迅速作出裁決，將會發生以下情況：

☐ **繼續提供服務/支付待定的援助：請繼續提供我的服務**，直至法官對我的個案作出裁決。（請說明您希望繼續提供的服務，並註明 MSSP 站點構停止提供這些服務或計劃停止提供這些服務的日期）：

☐ **我需要免費口譯員。**我使用英語以外的語言，需要口譯員幫助我參加聽證。（州政府將免費提供口譯員。）

語言/方言：_____

☐ **我有身心障礙，需要合理便利措施**，以幫助我參與聽證。我需要的便利措施是：

☐ **我希望由其他人在聽證中為我（代表我）發言。** 他其可以查閱與本次聽證相關的我的醫療紀錄，並出席聽證。我選擇代表我發言的人是：

姓名：_____ 電話號碼：_____

地址：_____

我的簽名：_____ 日期：_____

如果您有 MSSP 站点寄發給您的信函（行動通知），請將本表格連同該信函副本一併寄送。（如果您需要保留本表格副本，請在寄送前自行影印。）

您在本表格中提供的資訊，是處理您聽證請求所必需的。如果您的請求內容不完整，處理程序可能會延遲。首席聽證官將建立您的個案檔案。您有權查閱構成該個案檔案的資料，並可聯絡公眾查詢與回應部門以行使此項權利。您提供的任何資訊均可能與 MSSP 辦公室以及美國衛生與公眾服務部門共享。