فرم درخواست جلسه دادرسی عادلانه ایالتی

نام: _____ تاریخ تولد:_____

آدرس پستی: _____

شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____

تلفن:_____ ایمیل: _____

آیا ما اجازه داریم از طریق ایمیل با شما ارتباط برقرار کنیم؟

☐ بله ☐ خیر

لطفاً در صورت داشتن کارت Medi-Cal BIC و/یا شماره تأمین اجتماعی، شماره آن را وارد کنید:

_____

من به دلیل اقدام از سوی برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) در رابطه با موارد زیر، درخواست یک دادرسی عادلانه ایالتی دارم:

☐ قطع ☐ رد ☐ کاهش

دلیل درخواست من این است:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، از یک کاغذ دیگر استفاده کنید و آن را به این کاغذ وصل کنید.)

نام سایت MSSP:

_____

من به سایت MSSP درخواست تجدیدنظر داده‌ام: ☐ خیر ☐ بله
در چه تاریخی؟_____

سایت MSSP به این درخواست تجدیدنظر پاسخ داد: ☐ خیر ☐ بله
در چه تاریخی؟_____

درخواست برای امکانات خاص

(این بخش را فقط اگر درباره شما صدق می‌کند، تکمیل کنید)
برای جلسه دادرسی، به این موارد نیاز دارم:

☐ **من به جلسه دادرسی تسریع‌شده نیاز دارم زیرا وضعیتم اضطراری است.** پرونده من باید خیلی سریع تعیین تکلیف شود و من نمی‌توانم تا 90 روز صبر کنم. اگر تصمیم‌گیری سریع انجام نشود، شرایط ذیل رخ خواهد داد:

☐ **ادامه خدمات/کمک‌های پرداختی در حال بررسی: لطفا خدمات من را ادامه دهید** تا زمانی که قاضی پرونده من را حل کند. (خدماتی را که می‌خواهید ادامه دهید شرح دهید و بگویید سایت MSSP در چه تاریخی آنها را متوقف کرده یا قصد دارد متوقف کند):

☐ **من یک مترجم شفاهی رایگان می‌خواهم.** من به زبانی غیر از انگلیسی صحبت می‌کنم و برای جلسه دادرسی به مترجم نیاز دارم. (ایالت، مترجم را به صورت رایگان در اختیار شما قرار خواهد داد.)

زبان/گویش: _____

☐ **من دارای معلولیت هستم و خواهان امکانات لازم در حد معقول هستم** تا به من کمک کند در جلسه دادرسی‌ام شرکت کنم. امکانات مورد نظر من عبارتند از:

☐ **می‌خواهم شخص دیگری در جلسه دادرسی از طرف من صحبت کند (نماینده من باشد).** این شخص می‌تواند پرونده‌های پزشکی من را که مربوط به این جلسه دادرسی است ببیند و در جلسه دادرسی حاضر شود. شخصی که من برای صحبت کردن از طرف خودم انتخاب کرده‌ام:

نام: _____ شماره تلفن: _____

آدرس: _____

امضای من: _____ تاریخ: _____

اگر نامه‌ای با عنوان اطلاعیه اقدام از سایت MSSP دریافت کرده‌اید، این فرم را به همراه یک کپی از نامه ارسال کنید. (اگر می‌خواهید یک کپی از این فرم را برای خودتان داشته باشید، قبل از ارسال، از آن کپی بگیرید.)

اطلاعاتی که در این فرم ارائه می‌دهید برای پردازش درخواست شما برای جلسه دادرسی لازم است. اگر درخواست شما ناقص باشد، ممکن است پردازش به تأخیر بیفتد. پرونده‌ای توسط داور اصلی تشکیل خواهد شد. شما حق دارید مطالب تشکیل دهنده پرونده را بررسی کنید و می‌توانید این کار را با تماس با دفتر تحقیقات و پاسخگویی عمومی انجام دهید. هرگونه اطلاعاتی که ارائه می‌دهید ممکن است با دفتر MSSP و وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به اشتراک گذاشته شود.