Form ng Kahilingan para sa State Fair Hearing (Patas na Pagdinig ng Estado)

Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Address na Pangkoreo: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Telepono: _____ E-mail: _____

Mayroon ba kaming pahintulot mo na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng email? ☐ Oo ☐ Hindi

Mangyaring ibigay ang iyong Numero ng BIC Card sa Medi-Cal at/o Social Security Number kung mayroon ka nito: _____

Humihiling ako ng State Fair Hearing dahil sa isang aksyon ng Multipurpose Senior Services Program (Programa ng mga Serbisyo sa Matatanda na may Maraming Layunin, MSSP), na may kaugnayan sa mga sumusunod:

☐ Pagtigil ☐ Pagtanggi ☐ Pagbawas

Ang dahilan ng aking kahilingan ay:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Kung kailangan mo ng mas higit pang espasyo, gumamit ng isa pang papel at ilakip ito rito.)

Pangalan ng lugar ng MSSP:

_____

Inapela ko na ang kaso sa lugar ng MSSP: ☐ Hindi ☐ Oo
Sa anong petsa? _____

Nagbigay ng sagot ang lugar ng MSSP sa apela: ☐ Hindi ☐ Oo
Sa anong petsa? _____

KAHILINGAN PARA SA ESPESYAL NA AKOMODASYON

(Kumpletuhin lamang ang seksyong ito kung naaangkop sa iyo)
Kailangan ko ang mga ito para sa aking pagdinig:

☐ **Kailangan ko ng Expedited Hearing (Mabilis na Pagdinig) dahil apurahan ang aking sitwasyon.** Kailangang madesisyunan agad ang aking kaso, at hindi ako makakapaghintay nang hanggang 90 araw. Ganito ang mangyayari kung walang mabilis na desisyon:

☐ **Mga Nagpapatuloy na Serbisyo/Ipinoprosesong Bayad na Tulong: Mangyaring ipagpatuloy ang aking serbisyo** hanggang sa magpasya ang Hukom sa aking kaso. (Ilarawan ang mga serbisyong gusto mong ipagpatuloy at sabihin kung anong petsa ito itinigil o planong itigil ng lugar ng MSSP):

☐ **Gusto ko ng Libreng Interpreter.** Nagsasalita ako ng ibang wika maliban sa Ingles at kailangan ko ng interpreter para sa aking pagdinig. (Ang Estado ang magbibigay ng interpreter nang walang bayad para sa iyo.)

Wika/Diyalekto:_____

☐ **Mayroon akong kapansanan at gusto ko ng makatwirang akomodasyon** para matulungan akong makilahok sa aking pagdinig. Ang (mga) akomodasyon na gusto ko ay:

☐ **Gusto kong may ibang magsalita para sa akin (kumatawan sa akin) sa pagdinig.** Maaari niyang makita ang aking mga medikal na rekord na may kaugnayan sa pagdinig na ito at pumunta sa pagdinig. Ang taong pinili ko para magsalita para sa akin ay:

Pangalan:_____ Numero ng Telepono: _____

Address:_____

Ang aking lagda:_____ Petsa: _____

IPADALA ANG FORM NA ITO KASAMA ANG KOPYA NG LIHAM (PAUNAWA NG AKSYON) NA NATANGGAP MO MULA SA LUGAR NG MSSP KUNG MAYROON KA NITO. (KUNG GUSTO MO NG KOPYA NG FORM NA ITO PARA SA IYONG SARILI, KOPYAHIN ITO BAGO MO ITO IPADALA.)

Ang impormasyong ibibigay mo sa form na ito ay kinakailangan upang maproseso ang iyong kahilingan para sa isang pagdinig. Maaaring maantala ang pagproseso kung hindi kumpleto ang iyong kahilingan. Isang file ng kaso ang itatakda ng Punong Referee. May karapatan kang suriin ang mga materyales na bumubuo sa file at maaari mong gawin ito sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Public Inquiry and Response (Tanggapan sa Pampublikong Tanong at Sagot). Anumang impormasyong ibibigay mo ay maaaring ibahagi sa tanggapan ng MSSP at sa U.S. Department of Health and Human Services (Kagawaran para sa mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng Estados Unidos.