



**DC HEALTH LINK 중소기업
시장 직원의 이의 제기 요청**

DC Health Link 를 통한 보장 자격이 없다는 결정에 이의를 제기하려면이 양식을 작성하십시오.

직원 이름 (항소인): _____

날짜: _____ 전화번호 #: _____

주소: _____ 우편물 수령 주소 (다른 경우)

고용주 이름: _____

고용주 연락처:

이름: _____

주소: _____ 우편물 수령 주소 (다른 경우)

섹션 1 이의 제기 요청을 하는 이유는 다음과 같습니다. (해당하는 항목 모두 선택)

<p>건강 혜택 교환 기관 - 중소기업 시장</p> <p>a) ____ 나는 DC HEALTH LINK 중소기업 시장에 있는 고용주를 통해 건강 보험을 신청하였고, 보장 자격이 없다고 통보받았습니다.</p> <p>b) ____ 나는 DC HEALTH LINK 중소기업 시장에 있는 고용주를 통해 건강 보험을 신청하였고, 제때 적격 결정을 받지 못하였습니다.</p> <p>c) ____ 나는 DC HEALTH LINK 중소기업 시장에 있는 고용주를 통해 건강 보험을 신청하였고, 적격 결정 통보를 받지 못하였습니다.</p>
--

(다음장으로 넘기십시오)

섹션 2 이의 제기를 하는 이유를 설명하십시오. 여기에는 왜 DC 건강 교환 기관이 실수했다고 생각하는지에 대한 이유가 포함되어야 합니다. 필요하다면 빈 종이를 사용하여 첨부해도 좋습니다.

섹션 3 특수 요청 (필요한 경우) - 청문회 참석에 도움이 필요한 경우 필요한 것들은 선택하십시오.

- 통역이 필요합니다.
 - 어떤 언어인가요? _____
- 다음과 같은 이유로 전화로 청문회에 참석하고자 합니다. _____
 - 어떤 전화번호로 청문회 관련 전화를 드리면 되나요?, _____
- 청문회 관련 기타 도움이 필요합니다.
 - 어떤 도움이 필요한가요? _____

긴급/급행 요청

귀하의 생명, 건강 또는 일상 생활을 달성, 유지 또는 회복 할 수 있는 능력이 위험에 처해 즉각적인 의료 서비스가 필요한 경우 선택하십시오. 이 경우에 해당한다면 긴급한 도움이 필요한 이유가 설명된 서류 (예를 들면 의사소견서)를 첨부해야 합니다. 그렇지 않은 경우 당신의 이의 제기는 표준 일정에 따라 처리됩니다.

섹션 4 연락처

변호사/대변인 (만약 있다면):

이름: _____
 주소: _____
 도시, 주, 우편번호: _____
 전화번호: _____

이의 제기를 도와주는 인물(신청인 이외에 있다면):

이름: _____
 사무실/기관: _____
 전화번호: _____

본인은 위증시 처벌을 받는다는것을 이해하며 해당 이의 제기 요청에 서명합니다. 이는 본인이 아는 한 이 양식의 모든 질문에 대해 진실한 답변을 제공했음을 의미합니다. 거짓된 정보 제공시 D.C. Official Code § 22-2405.에 따라 형사 처벌을 받음을 인지하고 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

우편, 이메일, 혹은 팩스 접수:

DC Health Benefit Exchange Authority
 ATTN: Eligibility Appeals Team (SHOP)
 1225 Eye Street, NW, 4th Floor
 Washington, DC 20005

이메일: SHOP.Appeals@dc.gov
 팩스: (202) 724-2014
 전화: (855) 532-5465

(다음장으로 넘기십시오)

버전 날짜 7/12/17