



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

DC Health Link 를 통한 당신의 회사 혹은 기관이 보장 자격이 없다는 결정에 이의를 제기하려면이 양식을 작성하십시오.

고용주 이름 (항소인): \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

고용주 대표자 이름: \_\_\_\_\_

전화번호 #: \_\_\_\_\_

주소:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

우편물 수령 주소 (다른 경우)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**건강 혜택 교환 기관 - 중소기업 시장**

- a) \_\_\_\_ 나는 DC HEALTH LINK 중소기업 시장을 통해 건강 보험을 신청하였고, 보장 자격이 없다고 통보받았습니다.
- b) \_\_\_\_ 나는 DC HEALTH LINK 중소기업 시장을 통해 건강 보험을 신청하였고, 적시에 적격 결정을 받지 못하였습니다.
- c) \_\_\_\_ 나는 DC HEALTH LINK 중소기업 시장을 통해 건강 보험을 신청하였고, 적격 결정 통보를 받지 못하였습니다.

**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 관전 전화를 드리면 되나요?, \_\_\_\_\_
- 청문회 관련 기타 도움이 필요합니다.
  - 어떤 도움이 필요한가요? \_\_\_\_\_

**긴급/급행 요청**

귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복 할 수 있는 능력이 위험해 처재 즉각적인 의료 서비스가 필요한 경우 선택하십시오. 이 경우에 해당한다면 긴급한 도움이 필요한 이유가 설명된 서류 (예를 들면 의사 소견서)를 첨부해야 합니다. 그렇지 않는 경우 당신의 이의 제기는 표준 일정에 따라 처리됩니다.

**섹션 4 연락처**

변호사/대변인 (만약 있다면):

이의 제기를 도와주는 인물(신청인 이외에 있다면):

이름: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 도시, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_  
 전화번호: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_  
 사무실/기관: \_\_\_\_\_  
 전화번호: \_\_\_\_\_

본인은 위증시 처벌을 받는다는 것을 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  
 4<sup>th</sup> Floor  
 Washington, DC 2005

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