

OAH 个案号 _____

DHS 个案号 _____

(仅限官方使用)



个人/家庭健康保险的上诉请求

如果您不满意针对另一项 ESA 计划 (TANF、食品券和 IDA 等) 所采取的行动, 则必须使用另一张表格或拨打本表底部所列的电话号码。

姓名 (上诉人): _____ 日期: _____

电话号码: _____

邮寄地址 (如果不同)

地址: _____

第 1 部分 我不同意下列行动, 因而请求召开听证会: (勾选所有适用的选项)

人类服务部	健康福利外汇管理局
a) <input type="checkbox"/> Medicaid 遭拒	a) <input type="checkbox"/> 特殊投保期 (SEP) 遭拒
b) <input type="checkbox"/> Medicaid 终止	b) <input type="checkbox"/> 保单复效遭拒 (私人健康计划)
	c) <input type="checkbox"/> 生效日期 (即“起始日期”) 更改遭拒
	d) <input type="checkbox"/> 自愿终止日期 (即“结束日期”) 遭拒
	e) <input type="checkbox"/> 保险费税费抵免 (APTC) 遭拒或计算
	f) <input type="checkbox"/> 成本分摊费用减少 (CSR) 遭拒或计算
	g) <input type="checkbox"/> 参保遭拒 (通过 DC Health Link 的私人健康计划)

第 2 部分 您希望机构的决策如何更改? _____

第 3 部分 您家中是否还有您为之请求福利决议的其他人? 如果有, 请在此处列出他们的姓名:

第 4 部分 — 仅限 APTC/CSR 个案: [请勿将本部分用于 MEDICAID 上诉]

您获准得到多少 APTC? 最多 _____ \$/月 (如果没有, 请勾选):

您获准得到多少 CSR? _____ % (如果没有, 请勾选):

(翻转本表)

OAH 个案号 _____

DHS 个案号 _____

(仅限官方使用)

如果您想要在您的上诉待决期间获得 APTC/CSR，请勾选此处。

注：如果您选择此选项，并且您的上诉结果是您被判定有资格获得更少或无法获得保险费税费抵免，那么您在上诉待决期间获得的金额可能导致您欠下更多的联邦税，或是可能减少本来会以其他方式返还给您的退款。

第 5 部分 — 特殊需求（可选） — 勾选您将需要的可帮助您参与听证会的任何特殊服务：

我需要一名译员

○ 哪种语言？ _____

我因为下列充分理由而需要以电话方式参与听证会。 _____

○ 我们应针对听证会事宜拨打哪个电话号码联系您？ _____

我需要另一项服务

○ 您需要哪种类型的服务？ _____

紧急情况/快速请求

如果您的生命、健康或是达到、保持或重获最佳机能的能力当前因您立即需要健康服务而处于危险状态，请勾选此处。 **如果是，您必须随附文件材料（例如，医生证明），阐明立即需要的原因。未能按上述要求行事将导致您的上诉按标准规程处理。**

第 6 部分 — 联系信息

律师/代表（如果有）： _____

准备请求的个人（如果不是申请人）： _____

姓名： _____

印刷体姓名： _____

地址： _____

办公室/中心： _____

电话号码： _____

城市、州、邮政编码： _____

电话号码： _____

基于作伪证即受惩罚的规定，本人签署此上诉表，表明我已尽我所知针对本表上的所有问题提供真实的回答。我知道，根据《哥伦比亚特区官方法典》§ 22-2405，在本表上提交虚假陈述是一种应受惩罚的犯罪行为。本人还证明，我已获得第 3 部分所列的所有人的许可，以代表他们提交资格上诉请求。

签名： _____ 日期： _____

通过美国邮件、电子邮件或传真形式发送到：

Office of Administrative Review and Appeals
64 New York Avenue NE, 5th Floor
Washington DC 20002

电子邮件： DC.OARA@DC.GOV
传真： (202) 724-2041
电话： (202) 698-3907