



DEMANDE D'APPEL POUR ASSURANCE SANTÉ INDIVIDUELLE/FAMILLE

Si vous n'êtes pas d'accord avec les mesures prises pour un autre programme ESA (TANF, bons alimentaires, IDA, etc.), vous devez utiliser un autre formulaire ou appeler le numéro de téléphone fourni en bas du formulaire

NOM (Demandeur) : _____ **DATE :** _____

N° DE TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE : _____ **Adresse postale (si différente)**

Section 1 Je fais une demande d'audience parce que je ne suis pas d'accord avec les résultats suivants :
(cocher toutes les options applicables)

Dep't of Human Services	Health Benefit Exchange Authority
a) ___ Refus au programme Medicaid	a) ___ Refus de la période spéciale d'inscription (SEP)
b) ___ Résiliation du programme Medicaid	b) ___ Refus de rétablissement (Régime d'assurance privée) Refus de changement de date d'entrée en vigueur (« Date de début de couverture »)
	c) ___ Refus de date de résiliation volontaire (« Date de fin de couverture »)
	d) ___ Refus ou calcul du crédit d'impôt au titre de la cotisation (APTC)
	e) ___ Refus ou calcul de la réduction du partage de coûts (CSR)
	f) ___ Refus de l'inscription (Régime d'assurance privée par le biais de DC Health Link)

Section 2 Quelle décision souhaiteriez-vous que l'agence prenne ? _____

Section 3 Faites-vous appel de la décision concernant d'autres membres de votre foyer ? Si oui, prière d'indiquer leurs noms ici : _____

Section 4 – Dossiers APTC/CSR seulement : [NE PAS UTILISER CETTE SECTION POUR LES APPELS MEDICAID]

Quel est le montant approuvé pour le crédit d'impôt (APTC) ? \$ _____ max/mois (Cocher si zéro) :
Quel est le montant approuvé pour la réduction du partage de coûts (CSR) ? _____ % (Cocher si zéro) :

(PRIÈRE DE CONTINUER AU VERSO)

Dossier OAH n° _____
Dossier DHS n° _____
(réservé à l'usage officiel)

Cocher ici si vous souhaitez recevoir des APTC/CSR pendant le processus d'appel.

REMARQUE : Si vous cochez cette option, vous pourrez être amené(e) à devoir payer plus d'impôt fédéral sur le revenu ou recevoir un remboursement moins important que celui dont vous auriez pu bénéficier si le résultat de votre appel établit que vous ne pouvez pas bénéficier d'un crédit d'impôt au titre des cotisations ou si celui-ci est revu à la baisse.

Section 5 – Besoins spéciaux (FACULTATIF) - Prière de cocher tous les services spéciaux dont vous auriez besoin pour participer à l'audience :

- J'ai besoin d'un interprète
 - Quelle langue ? _____
- Je dois participer à l'audience par téléphone pour les bonnes raisons suivantes. _____

- Quel numéro de téléphone devons-nous appeler pour vous contacter pour l'audience ? _____
- J'ai besoin d'un autre service
 - De quel type de service avez-vous besoin ? _____

DEMANDE EN URGENCE/ACCÉLÉRÉE

Prière de cocher ici si votre vie, votre santé ou votre capacité à atteindre, conserver ou retrouver une fonction maximale est actuellement en danger parce que vous devez obtenir immédiatement des services de soins de santé. ***Si tel est le cas, prière de joindre la documentation (comme le courrier d'un médecin) expliquant le besoin immédiat. Faute de quoi, votre demande d'appel sera traitée dans les délais habituels.***

Section 6 - Coordonnées

Avocat/Représentant (le cas échéant) :

Nom : _____
Adresse : _____
Ville, État/Province, Code postal : _____
N° de téléphone : _____

Personne préparant la demande (si autre que le demandeur) :

Nom en caractères d'imprimerie : _____
Bureau/Centre : _____
N° de téléphone : _____

Je signe la présente demande d'appel sous peine de parjure, ce qui signifie que les réponses que j'ai données à toutes les questions sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes. Je sais que toute fausse déclaration sur ce formulaire est un crime passible de sanctions au titre du Code officiel de D.C., article 22-2405. J'atteste également que j'ai l'autorisation de toutes les personnes dont le nom figure à la Section 3 pour présenter une demande d'appel d'admissibilité en leur nom.

Signature : _____

Date : _____

À ENVOYER PAR COURRIER, COURRIEL OU FAX À :

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

COURRIEL : DC.OARA@DC.GOV
FAX : (202) 724-2041
TÉLÉPHONE : (202) 698-3907