فورمه تغییر درخواست تجدیدنظر

DS 1823 (اصلاح شده 05/2024)

فورمه تغییر درخواست تجدیدنظر

شماره تعقیب DDS: _____ شماره دوسیه OAH: _____

نام شخصی که درخواست تجدیدنظر برای او است (مدعی): _____

آدرس ایمیل (در صورت درخواست ذریعهٔ ویدیو): _____

مرکز منطقه ای: _____

پروسهٔ تجدیدنظر سه بخش دارد. برای تغییر بخش هایی که میخواهید استفاده کنید، از این فورمه استفاده نمایید. اگر قبلاً از یک بخش از پروسه استفاده کرده اید، نمیتوانید آن را دوباره درخواست بدهید.

اگر میخواهید یک بخش از پروسهٔ تجدیدنظر را اضافه یا لغو کنید یا تغییر دهید، لطفاً زیر را انتخاب نمایید:

☐**جلسه غیررسمی** ☐اضافه ☐لغو ☐تغییر	شما با مدیر مرکز منطقه ای یا شخصی که آنها انتخاب میکنند، ملاقات میکنید. شما و مرکز منطقه ای کوشش میکنید درخواست تجدید نظر خود را حل و فصل کنید. **میخواهم جلسه غیررسمی من به روش زیر برگزار شود:** ☐ حضوری؛ ☐از طریق ویدیو؛ و/یا ☐از طریق تلیفون
☐**میانجیگری** ☐اضافه ☐لغو ☐تغییر	شما و مرکز منطقه ای با یک شخص میانجیگر ملاقات میکنید. میانجیگر یک شخص بی طرف و از یک وزارتخانه دیگر است. شخص میانجیگر به شما و مرکز منطقه ای کمک میکند تا در مورد درخواست تجدید نظر خود به توافق برسید. **میخواهم جلسه میانجیگری من به روش زیر برگزار شود:** ☐ حضوری؛ ☐از طریق ویدیو؛ و/یا ☐از طریق تلیفون
☐**جلسهٔ استماعیه** ☐اضافه ☐لغو ☐تغییر	جلسه استماعیهٔ شما نزد یک افسر رسیدگی برگزار میشود. افسر رسیدگی یک شخص بی طرف و از یک وزارتخانه دیگر است. افسر رسیدگی به حقایق درباره درخواست تجدیدنظر گوش میدهد. **میخواهم جلسه رسیدگی من به روش زیر برگزار شود:** ☐ حضوری؛ ☐از طریق ویدیو؛ و/یا ☐از طریق تلیفون

تغییرات خود را شرح دهید (در صورت ضرورت):

_____

امضای شخصی که درخواست تجدیدنظر برای او است، والدین طفل زیر سن قانونی، نماینده مجاز،محافظ، سرپرست یا وکیل: _____ **تاریخ:** _____

در قسمت فوق باید امضا و تاریخ را قید کنید. این قسمت میتواند ذریعهٔ قلم یا به شکل الکترونیکی امضا شود. ذریعهٔ تایپ کردن نام خود موافقت میکنید که این فورمه را به شکل الکترونیکی امضا کرده اید.

معلومات محرمانه موکل، قانون رفاه و موسسات کالیفورنیا بخش های 4514 و 5328، قانون انتقال و جوابدهی الکترونیک بیمه صحی