

WASHINGTON 州
行政听证办公室

案件:

上诉人姓名,

上诉人。

案卷编号 **案件编号**

听证类型通知 (NOTICE OF ...)

机构: 医疗保健管理局 (Health Care Authority)

项目: **项目名称**

机构编号

医疗保健管理局 (机构) 或行政听证办公室 (Office of Administrative Hearings, OAH) 于 **日期** 收到了所附的听证请求。

您的听证安排如下:

日期: **听证日期**

时间: **听证时间:** (太平洋时间), 或在该时间之后行政法官有空时尽快举行

地点: 电话会议 (请参阅以下说明)

法官: **法官姓名**

如果您或证人需要口译员, 我们将免费提供。请拨打 1-800-583-8271 致电 OAH 申请口译员。

除非行政法官 (Administrative Law Judge, ALJ) 另有命令, 否则您应在听证前至少五个工作日提交您希望机构代表和行政法官查阅的所有文件或证物。请查阅附件, 了解可提交的证物类型及证物尺寸限制。您可以要求机构代表帮助您复印文件并将其提供给其他方以及 OAH 的行政法官。Washington 州行政法典 (Washington Administrative Code, WAC) 182-526-0370。

如何参与 **听证类型**:

1. 在您的 **听证类型** 开始之前, 请拨打 1-800-583-8271 致电 OAH, 并提供可联系到您参加 **听证类型** 的电话号码。

此示例提供一般信息, 以帮助您将其与收到的文件进行比较。

2. 在规定的**听证类型**时间，等待法官或机构代表拨打您提供的电话号码。
3. 确保您的手机有信号、已充满电并且有足够的通话时间，至少可以使用一小时。
4. 确保您处于一个安静的地方，以便清楚地接听和发言。
5. 如果您在接听法官电话时遇到问题，或者法官在听证类型开始后十分钟内没有给您打电话，请立即拨打1-800-583-8271致电OAH。

如果在**听证类型**时无法联系到您或者您没有提供可以联系到您的电话号码，行政法官可能会判定您缺席并驳回您的上诉。这意味着**您可能会失去听证权利**。WAC 182-526-0284。

您有权与法官进行面对面听证。要提出此请求，请拨打下面列出的号码，致电OAH。

如果您**需要**更改听证的时间或日期，请尽快致电机构代表。行政法官将裁定您更改时间或日期的理由是否正当。

您可以在听证上自行陈述，也可以选择律师或任何其他人代表您。您需自行承担律师收取的所有费用。

如果您的地址或电话号码发生变化，请立即告知行政听证办公室。我们可能需要向您发送有关听证的通知和其他邮件。

如果您有残疾或感官障碍，并且在使用我们的设施或服务时需要便利，我们可提供帮助。请联系我们：1-800-583-8271。

请阅读随附的《听证权利摘要》，了解您的权利、携带物品以及听证的运作方式。听证和所有 OAH 办公场所均禁止携带枪支和其他危险武器。WAC 10-20-010。如果您对听证有任何安全方面的担忧，请联系 OAH。

邮件于邮寄当天送达。

附件：
 听证申请
 听证权利摘要

<p>如何联系 OAH： 行政听证办公室 PO Box 42489 Olympia, WA 98504 电话：1-800-583-8271 传真：</p>	<p>如何联系 机构代表： 机构代表姓名 机构代表地址 电话：</p>
---	--

此示例提供一般信息，以帮助您将其与收到的文件进行比较。

送达声明(DECLARATION OF SERVICE)

本人声明，本人已于今日将此文件送达下列各方，若有不实之词，愿依照Washington州法律接受伪证罪处罚。本人已使用合并邮件服务、美国邮政或安全的电子邮件将副本发送至各方登记的地址。

此听证会通知的所有收件人名单。

日期：通知寄出的日期，地点：Washington州城市。
(邮寄日期)

代表
行政听证办公室
PO Box 42489
Olympia, WA 98504

此示例提供一般信息，以帮助您将其与收到的文件进行比较。

HCA NOH Telephone | Reviewed 6/10/2025 | Translated 6/2025