

## MẪU ĐƠN YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG

Xem hướng dẫn ở mặt sau để biết cách yêu cầu một phiên điều trần công bằng.

|                   |                   |            |
|-------------------|-------------------|------------|
| Tên:              | Tên đệm viết tắt: | Họ:        |
| Địa chỉ nhận thư: |                   |            |
| Thành phố:        | Tiểu bang:        | Mã Zip:    |
| Số điện thoại:    | Mã số thành viên: | Ngày sinh: |

**LÝ DO KHIẾU NẠI CỦA QUÝ VỊ** (Đánh dấu tất cả lý do phù hợp.)

- Thu nhập  Tình trạng công dân hoặc nhập cư  Khả năng nhận bảo hiểm khác  Quy mô gia đình  Tình trạng cư trú  Tình trạng cư trú  
 Khác (xem bên dưới)

### TẠI SAO QUÝ VỊ KHIẾU NẠI?

Đính kèm bất kỳ tài liệu nào hỗ trợ lý do của quý vị.

**THÔNG TIN KHÁC** (Đánh dấu tất cả những lựa chọn phù hợp.)

- Trong quá trình khiếu nại, tôi muốn giữ các phúc lợi mà tôi đã nhận trước đó. Nếu tôi đánh dấu vào dòng này và khiếu nại thua, tôi có thể phải trả lại chi phí cho các phúc lợi mà bản thân nhận được trong quá trình khiếu nại.
- Trong quá trình khiếu nại, tôi chấp nhận sự thay đổi được đề nghị về phúc lợi của tôi. Nếu tôi đánh dấu vào dòng này và khiếu nại thắng, MassHealth sẽ khôi phục mức phúc lợi ban đầu của tôi.
- Tôi chọn giải quyết trước khi điều trần (PHR). PHR chỉ có sẵn khi có quyết định đủ điều kiện. Xem mặt sau để biết thêm chi tiết.

**KIẾU ĐIỀU TRẦN VÀ ĐIỀU CHỈNH** (Đánh dấu tất cả những lựa chọn phù hợp.)

Tôi muốn phiên điều trần của tôi được tổ chức

- Bằng cách có mặt trực tiếp  
 Qua điện thoại. Số điện thoại của tôi là: \_\_\_\_\_  
 Qua cuộc gọi video. Email của tôi là: \_\_\_\_\_
- Tôi cần một thông dịch viên. Ngôn ngữ của tôi là \_\_\_\_\_ (MassHealth sẽ cung cấp miễn phí thông dịch viên cho phiên điều trần.)
- Tôi cần một thiết bị hỗ trợ để giao tiếp tại phiên điều trần. Mô tả loại thiết bị quý vị cần. Chúng tôi sẽ cung cấp một thiết bị hỗ trợ cho phiên điều trần.

- Tôi cần một điều chỉnh khác cho người khuyết tật. Mô tả điều chỉnh quý vị cần.

### TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN KHIẾU NẠI CỦA QUÝ VỊ, NẾU CÓ

|                               |                |         |
|-------------------------------|----------------|---------|
| Tên người đại diện khiếu nại: | Số điện thoại: |         |
| Địa chỉ nhận thư:             |                |         |
| Thành phố:                    | Tiểu bang:     | Mã Zip: |

### CHỮ KÝ

Thông tin trên mẫu đơn này là đúng và chính xác, theo hiểu biết của tôi. Vì mục đích của lần khiếu nại này, tôi cho phép MassHealth cung cấp hỗ trợ cho tôi và người đại diện của tôi, nếu có, bằng cách dùng thông tin cá nhân của tôi, bao gồm thông tin thuế liên bang và tiểu bang, được sử dụng để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của tôi.

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên & Họ (Viết bằng chữ in): \_\_\_\_\_

Nếu đơn khiếu nại này có chữ ký của người không phải là người khiếu nại từ 18 tuổi trở lên, có quyền nộp đơn, hãy đính kèm một bản sao giấy ủy quyền của quý vị để nộp đơn khiếu nại thay mặt cho người khiếu nại. Ví dụ như bản sao giấy ủy quyền của quý vị hoặc bằng chứng về việc chỉ định làm đại diện cá nhân của tòa án.

## CÁCH THỨC YÊU CẦU MỘT PHIÊN ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG

**Quyền khiếu nại của quý vị:** Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần trước một viên chức điều trần công tâm và khiếu nại một hành động được MassHealth thực hiện trong các trường hợp sau:

1. Quý vị không đồng ý với hành động của MassHealth, hoặc
2. MassHealth không xử lý yêu cầu của quý vị trong một khung thời gian hợp lý.

**Cách khiếu nại:** Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại bằng mọi cách sau đây:

- Điền vào mẫu đơn yêu cầu điều trần này và gửi kèm theo một bản sao của thông báo mà quý vị đang khiếu nại đến

**Board of Hearings  
Office of Medicaid  
100 Hancock Street, 6<sup>th</sup> floor  
Quincy, MA 02171.**

- Fax hoặc fax qua mạng những tài liệu này đến Board of Hearings (Hội đồng điều trần) theo số **(617) 887-8797**
- Gọi số Trung tâm Chăm sóc Khách Hàng MassHealth theo số **(800) 841-2900, TDD/TTY: 711**, để điền đơn yêu cầu phiên điều trần công bằng qua điện thoại.

**Thắc mắc:** Nếu quý vị có thắc mắc về phiên điều trần của mình, hãy gọi (617) 847-1200 hoặc (800) 655-0338.

**Hạn chế về thời gian:** Board of Hearings (Hội đồng Điều trần phải nhận được yêu cầu hoàn chỉnh, có chữ ký của quý vị trong vòng 60 ngày theo lịch kể từ ngày quý vị nhận được thông báo về hành động của chúng tôi. Nếu quý vị không nhận được thông báo bằng chữ viết về hành động, hoặc nếu MassHealth không thực hiện hành động nào đối với đơn đăng ký của quý vị, quý vị phải gửi yêu cầu của mình không muộn hơn 120 ngày theo lịch kể từ ngày hành động diễn ra hoặc ngày nộp đơn.

**Giải quyết trước khi điều trần (PHR):** *Lựa chọn này chỉ dành cho đơn khiếu nại đủ điều kiện.* Quý vị có thể chọn tùy chọn này nếu muốn giải quyết một vấn đề trước khi tổ chức một buổi điều trần công bằng chính thức. Nếu quý vị chọn PHR, MassHealth sẽ liên lạc với quý vị trước khi phiên điều trần công bằng được lên lịch. Trong một số trường hợp, Board of Hearings (Hội đồng điều trần) có thể lên lịch cho quý vị trước khi MassHealth liên lạc với quý vị. Quý vị có thể chọn PHR để giải quyết các vấn đề liên quan đến tình trạng đủ điều kiện như thông tin liên hệ không chính xác, gửi tài liệu bị thiếu hoặc gia hạn, hoặc giải thích xác minh thu nhập hoặc quyết định hội đủ điều kiện. Lựa chọn PHR sẽ không dành cho các quyết định không liên quan đến tình trạng đủ điều kiện.

**Điều trần công bằng:** Nếu một vấn đề không thể được xử lý bằng cách giải quyết trước khi điều trần, quý vị sẽ tiếp tục một phiên điều trần đầy đủ theo lịch trình của Board of Hearings (Hội đồng Điều trần). Viên chức điều trần sẽ quyết định xem các hành động của MassHealth có phù hợp hay không. Sau đó, quý vị sẽ được thông báo về quyết định đó.

**Phiên điều trần nhanh:** Trong một số ít trường hợp, phiên điều trần nhanh có thể được cung cấp. Hội đồng Điều trần sẽ tự động sắp xếp một phiên điều trần nhanh khi cần thiết.

**Nếu quý vị hiện đang nhận phúc lợi MassHealth:** Quý vị có thể đủ điều kiện giữ phúc lợi của mình trong thời gian quý vị khiếu nại và trong thời gian Hội đồng Điều trần ra quyết định chấp thuận hoặc từ chối khiếu nại của quý vị. Nếu quý vị quyết định giữ lại phúc lợi của mình trong lúc chờ kết quả khiếu nại, và sau đó quý vị khiếu nại thất bại, quý vị có thể phải trả lại chi phí cho phúc lợi mà quý vị đã nhận. Nếu quý vị không nhận phúc lợi, và sau đó quý vị khiếu nại thành công, MassHealth sẽ khôi phục lại phúc lợi cho quý vị. Quý vị sẽ giữ lại phúc lợi của mình nếu đơn xin điều trần được nhận trước khi phúc lợi chấm dứt hoặc trong vòng 10 ngày kể từ ngày quý vị nhận thông báo của MassHealth, tùy theo ngày nào muộn hơn. Vui lòng đánh dấu lựa chọn của quý vị trong phần **Thông tin khác** của mẫu đơn này.

**Ngày điều trần công bằng:** Ít nhất 10 ngày trước phiên điều trần, Board of Hearings (Hội đồng điều trần) sẽ gửi cho quý vị một thông báo cho quý vị biết ngày, giờ và địa điểm của phiên điều trần. Phiên điều trần của quý vị có thể được tiến hành qua điện thoại. Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi xếp lại lịch phiên điều trần, nhưng quý vị phải có lý do chính đáng. Nếu quý vị không lên lịch lại hoặc đến phiên điều trần đúng giờ mà không có lý do chính đáng, đơn khiếu nại của quý vị sẽ bị bác bỏ.

**Quyền được nhận trợ giúp của quý vị tại phiên điều trần:** Tại phiên điều trần, quý vị có thể có luật sư hoặc người khác đại diện cho mình, hoặc quý vị có thể đại diện cho chính mình. MassHealth sẽ không trả tiền cho bất kỳ ai đại diện cho quý vị. Quý vị có thể liên hệ với dịch vụ trợ giúp pháp lý địa phương hoặc cơ quan cộng đồng để xem liệu quý vị có thể nhận tư vấn hoặc được đại diện miễn phí hay không. Một yêu cầu điều trần cũng có thể được nộp thay cho quý vị bởi một người được ủy quyền hành động thay mặt cho quý vị. Nếu một người nào đó không phải là luật sư hành động thay mặt quý vị, vui lòng đính kèm một bản sao của tài liệu cho phép người đó gửi yêu cầu điều trần thay mặt quý vị, chẳng hạn như giấy ủy quyền, người giám hộ, ủy quyền chăm sóc sức khỏe.

**Nếu quý vị cần thông dịch viên, thiết bị hỗ trợ, hoặc điều chỉnh khác:** Nếu quý vị không hiểu tiếng Anh hoặc nếu quý vị bị khiếm thính hoặc khiếm thị, MassHealth sẽ cung cấp thông dịch viên hoặc thiết bị hỗ trợ tại phiên điều trần miễn phí cho quý vị. Chúng tôi cũng sẽ thực hiện các điều chỉnh hợp lý khác mà một người khuyết tật có thể cần để tham gia phiên điều trần. Vui lòng cho chúng tôi biết quý vị cần gì trong mục **Kiểm điều trần và điều chỉnh** của mẫu đơn này.

**Quyền kiểm tra lại hồ sơ của quý vị:** Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể kiểm tra lại hồ sơ trường hợp của quý vị trước phiên điều trần. Nếu quý vị muốn kiểm tra lại hồ sơ của mình, hãy gọi cho Trung tâm Chăm sóc Khách hàng MassHealth theo số (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

**Quyền yêu cầu triệu tập người làm chứng và quyền đặt câu hỏi của quý vị:** Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể viết thư cho Board of Hearings (Hội đồng Điều trần) yêu cầu triệu tập những người làm chứng hoặc gửi các tài liệu đến phiên điều trần. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể đưa ra bằng chứng và đặt câu hỏi cho người làm chứng tại phiên điều trần. Viên chức điều trần sẽ đưa ra quyết định dựa trên tất cả bằng chứng được trình bày tại phiên điều trần.

**Tác động lên các thành viên khác trong hộ gia đình:** Quyết định khiếu nại cho một thành viên trong hộ gia đình có thể dẫn đến sự thay đổi về tình hình đủ điều kiện cho các thành viên khác trong hộ gia đình. Nếu điều đó xảy ra, các thành viên trong hộ gia đình bị ảnh hưởng sẽ nhận được thông báo về tình trạng hội đủ điều kiện mới để giải thích các thay đổi.