Print Form Clear Form

DHS Oregon Department of Human Services

행정 심리 요청

Oregon Health Authority

지원금, 보육 또는 의료 서비스*(특정 의료적 시술 또는 약품)*와 관련한 심리를 원하시는 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인이 본 양식을 직접 작성해야 합니다. 또한 이 양식을 이용하여 의료 프로그램 또는 식비 혜택 심리에 대한 요청도 할 수 있으며, 구두로도 요청하실 수 있습니다. **DHS 또는 OHA 담당자로부터 본 양식 작성에 대한 지원을 받으실 수 있습니다.**

심리 청구인 또는 청구인의 대리인 작성 부분

심리 청구인은 영어를 사용할 수 있습니까?
☐예 ☐ 아니요
"아니요"인 경우, 청구인의 선호 언어:

심리 관련 문서를 대체 형식의 자료로 원하십니까?
☐예 ☐ 아니요
"예"인 경우, 대체 형식 유형 지정:

행정법 판사가 심리를 전화로 실시할 수 있습니다. 그러므로 지국 내에 있거나 다른 장소에 계셔도 됩니다. 심리에 참여하기 위해 합당한 숙박이 필요하십니까?
☐ 예 ☐ 아니요 "예"인 경우, 구체적으로 기입:

심리 청구인의 이름:	전화번호: - -	메시지 번호: - -	이메일 주소*(선택 사항)*:

주소:	시:	주:	우편번호:

변호사 또는 대리인의 이름:	이메일 주소*(선택 사항)*:	전화번호: - -

주소:	시:	주:	우편번호:

본인은 본인 혜택에 대한 다음의 결정에 동의하지 않기에 심리를 요청합니다: 혜택 ☐종결 ☐ 축소
☐ 거부 ☐ 초과 지급에 대한 변제 ☐ 기타: _____
☐ 수령함 ☐ 수령하지 않음 (*하나 선택*) 본인의 신청에 대한 거부 또는 혜택 축소/종결 서면 고지 **고지 날짜:** ___/___/___

심리 요청 부분:
☐ SNAP*(식비 혜택)* ☐ 보육 ☐ TANF*(현금 지원금)* ☐ 기타: _____
☐ 장기 요양 ☐ 가정 폭력 ☐ 의료 프로그램 ☐ 의료 서비스 *(시술 또는 약품)*

동의하지 않는 이유를 간략하게 기술하십시오.

긴급 심리에 관한 정보는 본 양식 뒷면에 나와 있는 **"파트 3"를 읽어 주십시오.**
긴급 심리 요건에 충족하는 경우 본 상자에 체크해 주십시오. ☐
이 질문에 답하기 전, **이 양식 뒷면에 나와 있는** "파트 2"를 읽어 보시기 바랍니다.
심리를 기다리는 동안 귀하의 혜택이 동일하게 유지*(축소 또는 중단되지 않음)*되기를 원하십니까?
☐예 ☐ 아니요 *(**참고:** 혜택에 영향을 미치는 결정이 발생하는 경우 혜택은 변경될 수 있습니다.)*

제공 기관 대리인과 비공식 회의가 있을 수 있다는 것에 대해 이해합니다.

청구인 서명*(또는 청구인의 대리인)*:	청구인의 사회 보장 번호 또는 케이스 번호*:	날짜:
✖	- -	/ /

*사회복지부(DHS)와 오리건 보건 당국(OHA)은 42 USC 1320b-7(a) 및 (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b) 및 OAR 461-120-0210 에 따라 사회 보장 번호(SSN)를 요청할 권한이 있습니다. SSN 은 귀하의 파일 및 기록을 찾는 데 사용됩니다. SSN 제공은 자발적입니다.

DHS | OHA 작성 부분			
Date of notice: / /	Date received by DHS or OHA (*can be oral for SNAP and medical programs*): / /	Program:	Cost center/branch number:
Case number:		Worker I.D. number:	

청문회에 관한 귀하의 권리

이 결정에 동의할 수 없을 때 귀하가 할 수 있는 일:

- 귀하에게는 청문회를 요청하여 이 결정에 이의를 제기할 권리가 있습니다. 청문회는, 사회 복지부(Department of Human Services – DHS) 또는 오레곤 보건 기구(Oregon Health Authority - OHA)와는 별도인, 행정 청문회 사무국(Office of Administrative Hearings)에 의하여 갖게 됩니다.

청문회를 원하는 경우, 주어진 시간 내에 요청하지 않으면 안 됩니다.

- 귀하는 또한 담당자와 이야기할 수도 있습니다. http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx.에 실린 해당 지역 사무소 전화번호로 연락하면 됩니다. 담당자에게 연락하거나 연락을 시도하고 있을지라도 청문회를 요청할 수 있는 마감 날짜(다음 제1부 참조)는 변하지 않습니다. 그래도 여전히 도움이 더 필요하면, 주 지사 지원실(Governor's Advocacy Office)의 전화 1-800-442-5238번으로 연락할 수 있습니다.

제1부 – 청문회 요청

청문회를 갖기 위해 내가 해야 할 일은? 식품혜택과 의료 수혜자격에 대한 청문회는, MSC 0443 양식을 작성하거나, 전화나 서면으로 또는 DHS 직원에게 직접 요청할 수 있습니다. 다른 혜택에 대한 요청은, 행정 청문회 양식(MSC 0443)을 작성하여 DHS 또는 OHA 사무국으로 보내야 합니다. 이 양식은 DHS 또는 OHA 사무국이나 웹페이지 https://apps.state.or.us/Forms/Served/mk0443.pdf 에서 얻을 수 있습니다. 해당 지역 사무실에서도 청문회 요청을 도와드릴 수 있습니다. 현재의 식품혜택 액수에 동의하지 않는 경우에는 언제든지 청문회를 요청할 수 있습니다. 식품혜택과 의료 수혜자격, 그리고 귀하의 경우에 맞지 않는 TANF 감소에 대한 청문회는 90일 이내에 요청해야 합니다. 의료 서비스를 거부할 경우: 행위별수가제 해당 회원의 경우에는 고지일로부터 60일 이내에 청문회를 요청할 수 있고, 협력 진료기관(CCO)에 등록된 회원의 경우에는 CCO를 통한 항소가 완료되면 항소 결정 통지서 발행 일자로부터 120일 이내에 청문회를 요청할 수 있습니다. 그 외 상황에 대한 청문회 요청은 통지날짜로부터 45일 이내에 DHS에 접수되어야 합니다.

군인에게 알림: 연방정부의 군 복무자에 대한 민사책임 면제법(SCRA)에 따라 현 군 복무자는 절차를 연기할 권리를 갖습니다. 자세한 것은 1-800-452-8260번의 오레곤 법조인 협회, 1-800-452-7500번 오레곤 국방부 또는 가까운 법률 보조 사무실, http://legalassistance.law.af.mil에 연락하십시오.

내 청문회를 도와줄 수 있는 사람은? 식품혜택과 의료 프로그램은 누구든 귀하의 대리인이 될 수 있습니다. 그 외 모든 프로그램은, 귀하 자신이나 변호사 또는 (법률 구조협회 변호사의 감독을 받는) 법률 보조인이 귀하를 변론해야 합니다. (오레곤 법률 구조 협회 및 오레곤 법률 센터 프로그램 중 하나인) 공공 혜택 비상전화 번호 **1-800-520-5292**번으로 전화하여 자문하거나 변론을 부탁할 수도 있습니다.

청문회에 대하여 내가 갖는 기타 권리는? 청문회에서, 귀하는 이 결정에 동의하지 않는 이유를 말할 수 있습니다. 귀하를 위한 증인을 세울 수도 있습니다. 청문회를 할 권리 및 청문회 절차에 대한 법률은 OAR 137-003-0501 ~ 0700, 410-120-1860, 410-141-0264, 461-025-0300 ~ 0375, ORS 183.411 ~ 183.470, 및 ORS 411.095에 명시되어 있습니다.

청문회를 요청하지 않으면? 주어진 시간 내에 청문회를 요청하지 않거나, 청문회를 철회하거나 참석하지 않을 경우, 청문회를 할 수 있는 권리를 잃게 될 수 있습니다. 이 통지서는 ("**자동적 최종 명령**"이라 불리는) DHS 또는 OHA의 최종 결정이 될 것입니다. 자동으로 귀하는 별도의 최종 명령을 받지 않게 될 것입니다. 이 사건 파일은, 이 문제에 관하여 귀하가 제출한 모든 자료와 함께, 기록 보관될 것입니다. 이 기록은 DHS의 결정이 자동적이었음을 뒷받침하는 데 사용될 것입니다. 이 자동적 최종 명령은 오레곤 항소 법원에 탄원서를 제출하여 항소할 수 있습니다(ORS 183.482). 귀하가 청문회를 요청하지 않을 경우, 이 탄원서는 이 통지서가 자동으로 최종 명령이 된 날짜로부터 60일 이내에 제출하지 않으면 안 됩니다. 귀하가 만일 청문회 요청을 철회했거나 청문회에 참석하지 못했을 경우, 탄원 마감일은 기각 명령서에 적혀있을 것입니다.

제2부 – 청문회 때까지 지속해서 혜택을 받는 방법

- 귀하가 받는 혜택은 청문회의 결정이 내려질 때까지 똑같이 그대로 계속 받을 수 있도록 요청할 수 있습니다("**지속적 혜택**"). 식품혜택과 의료혜택은 MSC 0443 양식을 사용하거나, 전화, 서면, 또는 DHS 직원에게 직접 요구할 수 있습니다. 그 외 프로그램은 행정 청문회 요청 양식(MSC 0443)을 작성하여 요청해야 합니다.
- 지속적 혜택 요청은 통지서의 "효력 발생 날짜" 또는 통지서 날짜로부터 10일, 또는 (의료에 한하여) 통지서를 받은 후 10일 중, 제일 나중에 해당하는 날짜까지 해당 지부에 요청해야 합니다.
- 지속해서 혜택을 받았으나 청문회에서 패소했을 경우, 받지 않았어야 할 혜택은 반환해야 합니다.
- 지속해서 혜택을 받지 않았으나 청문회에서 승소한 경우, DHS 또는 OHA는 귀하가 받어야 했을 혜택을 보상하게 될 것입니다.

제3부 – 내게 긴급 청문회가 가능한가?

귀하는 다음과 같은 모든 종류의 혜택이나 경우에 "긴급 청문회"를 가질 권리가 있습니다:

- 긴급 또는 비상시를 위한 식품혜택
- JOBS 및 Pre-TANF 지급금
- 가정 폭력 희생자 임시 보조 혜택(Temporary Assistance for Domestic Violence Survivors - TA-DVS) 자격 및 수혜금
- 즉각적인 의료 서비스가 필요하고, 일반적인 이의 제기 절차로는 생명이나 건강 또는 최대 기능 달성이나 유지 또는 회복을 위태롭게 할 수가 있는 의료에 해당하는 경우,
- DHS 또는 OHA에서 귀하의 청문회 때까지 지속적 혜택 요청을 거부한 경우.

사회복지부(DHS)와 오레곤 건강 기구(OHA)는 누구도 차별하여 대우하지 않습니다. 이는 DHS|OHA에서는 해당하는 모든 사람을 도울 것이며 나이, 인종, 피부 색깔, 국적, 성별, 종교, 정치적 신념, 장애 또는 성적 성향 때문에 누구도 다르게 대우하지 않는다는 것을 뜻합니다. 이러한 이유로 DHS 또는 OHA로부터 차별대우를 받았다고 생각하면 불만을 제기할 수 있습니다.