

**Программа по предоставлению специализированных психиатрических услуг Medi-Cal
УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ
(Несвоевременное предоставление услуг)**

Дата: _____ ИН клиента: _____

Кому: _____ Номер участника программы Medi-Cal: _____

В рамках программы по предоставлению психиатрических услуг округа Лос-Анджелес услуги не были предоставлены в течение _____ рабочих дней после подачи первоначального запроса о предоставлении услуг.

Согласно нашим записям, дата запроса на предоставление услуг, поданного Вами лично или от Вашего имени – _____.

Вами лично или от Вашего имени были запрошены следующие услуги:

- Плановый первичный прием.
- Плановый прием для назначения лечения в день первичного приема.
- Срочный первичный прием после выписки из стационара, освобождения из тюрьмы или исправительного учреждения для несовершеннолетних.
- Перенос первичного приема врача вследствие форс-мажорных обстоятельств, возникших у поставщика услуг.
- Перенос первичного приема врача после заблаговременной отмены визита Вами или Вашим представителем.
- Перенос первичного приема вследствие Вашей неявки.
- Другое _____

Мы сожалеем о несвоевременном предоставлении услуг. Мы работаем над Вашим запросом и надеемся вскоре предоставить Вам соответствующую услугу (и).

Вы можете подать запрос о проведении слушания администрацией штата для рассмотрения причины задержки.

На обратной стороне данной формы объясняется, как подать запрос на проведение слушания.

Предоставление данного уведомления является обязательным в соответствии со Статьей 42 Свода федеральных нормативных актов, Часть 438, Глава F.

Я подтверждаю, что бенефициар программы Medi-Cal получил оригинал данного Приложения к Уведомлению о действии, копию обратной стороны Уведомления о действии, а также копию документа "Порядок рассмотрения жалоб и апелляций– руководство для потребителей". (LACDMH Руководство для поставщиков специализированных психиатрических услуг в рамках программы Medi-Cal, 4-е издание, июль 2009, Раздел XVI, Ч. 1)

Подпись сотрудника: _____

Имя сотрудника печатными буквами: _____

Дата: _____

Название поставщика услуг: _____

№ поставщика услуг: _____

ВАШИ ПРАВА НА ПРОВЕДЕНИЕ СЛУШАНИЯ

У Вас есть 90 дней для того, чтобы подать запрос на проведение слушания. Данный период начинается:

1. На следующий день после того, как мы доставили Вам данное уведомление о принятии решения по жалобе в рамках программы предоставления психиатрических услуг, **ИЛИ**
2. Содня, следующего за датой, указанной на почтовом штемпеле, который стоит на данном уведомлении о принятии решения по жалобе в рамках программы предоставления психиатрических услуг.

Проведение срочного слушания

Как правило, вынесение решения о проведении слушания занимает около 90 дней со дня подачи запроса. Если Вы считаете, что такой срок рассмотрения может привести к серьезному ухудшению состояния Вашего психического здоровья, включая проблемы с улучшением, восстановлением или поддержанием важных жизненных функций, Вы можете подать запрос о проведении срочного слушания. **Чтобы подать запрос о проведении срочного слушания, проставьте первую отметку в правой колонке на этой странице под заголовком "ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ" и укажите причину, по которой Вы подаете запрос о проведении срочного слушания.** Если Ваш запрос о проведении срочного слушания будет одобрен, решение о проведении слушания будет выдано в течение трех рабочих дней после получения Вашего запроса в Отделе по слушаниям администрации штата.

Чтобы продолжать получать помощь, пока Вы будете ждать проведения слушания

- Вы должны подать запрос о проведении слушания в течение 10 дней с даты получения по почте или вручения Вам уведомления о принятии решения по жалобе в рамках программы предоставления психиатрических услуг или до даты вступления в силу изменений предоставляемых услуг, в зависимости от того, какое из указанных событий наступит позже.
- Психиатрические услуги, оказываемые Вам в рамках программы Medi-Cal, будут предоставляться без изменений до тех пор, пока не будет принято неблагоприятное для Вас решение по заключительному слушанию. Вы не отзовете запрос на проведение слушания, не истечет срок или Вы не получите услуги в полном объеме, в зависимости от того, какое из событий произойдет первым.

Государственные нормы

Информацию о государственных нормах, включая те, которые касаются проведения слушаний, можно получить в местном отделе социального обеспечения.

Получение помощи

Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном центре юридической помощи или в другой организации. Вы можете узнать о Ваших правах на проведение слушания или получить бесплатную юридическую помощь в Public Inquiry and Response Unit:

Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253

Если у Вас проблемы со слухом, и Вы используете текстофон, позвоните по номеру 1-800-952-8349

Уполномоченный представитель

Вы можете самостоятельно представлять свои интересы на слушании. Также Ваши интересы может представлять друг, доверенное лицо или другое лицо по Вашему выбору. Вы должны сами выбрать своего представителя.

Уведомление, предоставляемое в соответствии с Законом об информации (Гражданский кодекс Калифорнии, Раздел 1798 и последующие)

Информация, которую Вас просят предоставить в данной форме, необходима для обработки Вашего запроса о проведении слушания. Если информация неполная, запрос может быть обработан с задержкой. Материалы дела будут подготовлены Отделом по слушаниям администрацией штата Департамента социальных услуг. У Вас есть право ознакомиться с материалами, которые являются основанием для принятия решения, а также узнать, где находятся материалы, связавшись с Public Inquiry and Response Unit (номер телефона указан выше). Любая информация, предоставленная Вами, может быть сообщена представителям программы предоставления психиатрических услуг, а также представителям State Departments of Health Services and Mental Health и U.S. Department of Health and Human Services (Основание: Закон о социальном обеспечении, Раздел 14100.2) (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2).

КАК ПОДАТЬ ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

Заполнение данного документа является лучшим способом подачи запроса о проведении слушания. **Сделайте копии лицевой и оборотной стороны документа и сохраните их.**

Затем отправьте этот документ по следующему адресу:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Также Вы можете запросить проведение слушания, позвонив по номеру 1-800-952-5253. Если у Вас проблемы со слухом, и Вы используете текстофон, позвоните по номеру 1-800-952-8349.

ЗАПРОС О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ

Я подаю запрос о проведении слушания вследствие действий, предпринятых округом Лос-Анджелес в рамках программы по предоставлению психиатрических услуг, связанных с программой Medi-Cal.

[] Поставьте отметку здесь, если Вы хотите подать запрос о проведении срочного слушания. Укажите причину ниже.

По следующей причине: _____

[] Поставьте отметку здесь, чтобы добавить дополнительную страницу, если Вам нужно больше места.

Мое имя: (печатными буквами) _____

Мой номер социального страхования: _____

Мой адрес: (печатными буквами) _____

Мой номер телефона: (_____) _____

Моя подпись: _____

Дата: _____

Мне необходимы бесплатные услуги переводчика. Мой родной язык или диалект: _____

Я хочу, чтобы лицо, указанное ниже, представляло мои интересы на этом слушании. Я даю указанному лицу разрешение на просмотр моей информации и присутствие на слушании вместо меня.

Имя: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____