

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

Дата: _____ ИН клиента _____

Кому: _____ Номер страховки Medi-Cal: _____

После рассмотрения результатов обследования Вашего психического здоровья, в рамках страховки по оказанию психиатрических услуг округа Лос-Анджелес было принято решение о том, что состояние Вашего психического здоровья не соответствует критериям медицинской необходимости и не подпадает под условия получения специализированных психиатрических услуг в рамках программы. По мнению представителей программы по оказанию специализированных психиатрических услуг, состояние Вашего психического здоровья не соответствует критериям медицинской необходимости, покрытыми государственными постановлениями Стати 9 Кодекса постановлений штата Калифорния (CCR), Раздел 1830.205, по причине, указанной ниже:

- Диагноз, который был поставлен Вам во время обследования, не охватывается программой по предоставлению психиатрических услуг (Статья 9, CCR, Раздел 1830.205(b)(1)).
- Состояние Вашего психического здоровья не доставляет Вам в повседневной жизни серьезных проблем, которые были бы достаточными для обретения Вами права на получение специализированных психиатрических услуг в рамках программы по оказанию специализированных психиатрических услуг (Статья 9, CCR, Раздел 1830.205(b)(2)).
- Специализированные психиатрические услуги, оказываемые в рамках программы по оказанию психиатрических услуг, скорее всего, не смогут Вам помочь в поддержании или улучшении состояния Вашего психического здоровья (Статья 9, CCR, Раздел 1830.205(b)(3)(A) и (B)).
- Состояние Вашего психического здоровья может улучшиться при лечении в учреждении, работающем в сфере физического здоровья (Статья 9, CCR, 1830.205(b)(3)(C)).

Если Вы согласны с решением представителей программы и хотели бы получить информацию о том, как найти учреждение, находящееся за рамками программы для получения лечения, Вы можете позвонить и поговорить с представителем программы по оказанию психиатрических услуг по телефону (800) 854-7771 или отправить письмо на следующий адрес:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

Если Вы не согласны с решением, вынесенным в рамках программы, Вы можете принять следующие меры:

1. Попросить представителя плана назначить Вам консультацию с другим специалистом по поводу состояния Вашего психического здоровья. Для этого Вы можете позвонить и поговорить с представителем программы по предоставлению психиатрических услуг по номеру (213) 738-4949 или отправить письмо на следующий адрес:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

2. Подать апелляцию касательно Вашей страховки по оказанию психиатрических услуг. Для этого Вы можете позвонить и поговорить с представителем программы по предоставлению психиатрических услуг по номеру (213) 738-4949 или отправить письмо на следующий адрес:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

или следовать указаниям, которые изложены в информационной брошюре, предоставленной Вам в рамках страховки по оказанию психиатрических услуг. Вы должны подать апелляцию в течение 90 дней с момента получения данного уведомления. В большинстве случаев принять решение по Вашей апелляции должно быть принято в рамках страховки по оказанию психиатрических услуг в течение 30 дней со дня подачи запроса. Вы также можете запросить срочное рассмотрение апелляции, решение по которой должно быть принято в течение 72 часов, если Вы считаете, что задержка в ее рассмотрении может привести к серьезному ухудшению состояния Вашего психического здоровья, включая проблемы с улучшением, восстановлением или поддержанием важных жизненных функций.

Если у Вас есть вопросы, касающиеся данного уведомления, Вы можете позвонить и поговорить с представителем программы по оказанию психиатрических услуг по номеру (213) 738-4949 или отправить письмо на следующий адрес:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

Если Вы не согласны с результатами рассмотрения Вашей жалобы, Вы можете потребовать проведения слушания администрацией штата. На следующей странице данной формы объясняется, как потребовать проведения слушания.

Я подтверждаю, что бенефициар программы Medi-Cal получил оригинал данного уведомления о действии (обследовании), копию обратной стороны данного уведомления, 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: _____

ИН 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 по предоставлению психиатрических услуг, **ИЛИ**
2. Со дня, следующего за датой, указанной на почтовом штемпеле, который стоит на данном уведомлении о принятии решения по жалобе в рамках программы по предоставлению 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 скобках правой колонки 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 по предоставлению 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 отзовёте запрос на проведение слушания, не истечет время, отведенное на Ваши услуги, 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 (Отдел общественных запросов и ответов):

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

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

Уполномоченный представитель

Вы можете самостоятельно представлять свои интересы на слушании. Также Ваши интересы может представлять друг, юрист или другое доверенное 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 администрации 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 (Отдел общественных запросов и ответов, номер телефона указан выше). Любая информация, предоставленная Вами, может быть сообщена представителям программы по предоставлению психиатрических услуг, а также представителям Отделов штата по здравоохранению и психическому здоровью (State Departments of Health Services and Mental Health) и Министерства здравоохранения и социальных служб США (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 АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

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 тектофон, 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 оказанию психиатрических услуг по страховке 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: _____