

**برنامه بهداشت روان تخصصی Medi-Cal**  
**اطلاعیه اقدام**  
**(ارزیابی)**

تاریخ:

# شناسه سرویس گیرنده:

به:

شماره Medi-Cal:

پس از بررسی نتایج ارزیابی شرایط بهداشت روانی شما، طرح درمانی بهداشت روان شهرستان لس آنجلس بدین جمع بندی رسیده است که شرایط بهداشت روانی شما منطبق با معیارهای ضرورت پزشکی برای واجد شرایط بودن جهت دریافت خدمات بهداشت روان تخصصی از طریق این طرح نمی باشد. بنا به نظر طرح بهداشت روان، شرایط بهداشت روانی شما منطبق با معیارهای ضرورت پزشکی، که در قوانین دولتی در عنوان 9، کد قوانین کالیفرنیا (CCR)، بخش 1830.205 آمده است به دلایل مشخص شده در زیر نمی باشد:

- تشخیص بهداشت روان شما مطابق با شناسایی انجام شده توسط ارزیابی تحت پوشش طرح بهداشت روان نیست (عنوان 9، CCR، بخش 1830.205(b)(1)).
- شرایط بهداشت روان شما در زندگی روزمره برای شما مشکلی جدی ایجاد نمی کند تا واجد دریافت خدمات بهداشت روان تخصصی از طرح بهداشت روان گردید (سر صفحه 9، CCR، بخش 1830.205(b)(1)).
- خدمات بهداشت روان تخصصی قابل دسترسی از طرح بهداشت روان احتمالاً به شما برای حفظ یا بهبود شرایط بهداشت روان خود کمکی نمی کند (عنوان 9، CCR، بخش 1830.205(b)(3)(A) و (B)).
- شرایط بهداشت روانی شما نسبت به معالجه از طریق ارائه دهنده خدمات سلامت جسمانی جوابگو خواهد بود (سر صفحه 9، CCR، بخش 1830.205(b)(3)(C)).
- اگر با تصمیم گیری طرح درمانی موافقت، و می خواهید اطلاعاتی در مورد نحوه یافتن ارائه دهنده ای در خارج از طرح برای معالجه خود کسب کنید، می توانید با نماینده طرح بهداشت روان خود با شماره 854-7771 (800) تماس بگیرید و صحبت کنید و یا با آدرس زیر مکاتبه داشته باشید:

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

**اگر با تصمیم طرح درمانی موافقت نیستید، می توانید یک یا تعداد بیشتری از موارد زیر را انجام دهید:**

1. از طرح درمانی بخواهید تا ترتیبی برای دریافت نظر ثانویه ای در مورد شرایط بهداشت روانی شما اتخاذ کند. برای انجام این کار، می توانید با نماینده طرح بهداشت روان خود با شماره 738-4949 (213) تماس گرفته و صحبت کنید و یا با آدرس زیر مکاتبه داشته باشید:

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

2. ثبت درخواست تجدیدنظر برای طرح بهداشت روان خود. برای انجام این کار، می توانید با نماینده طرح بهداشت روان خود با شماره 738-4949 (213) تماس بگیرید و صحبت کنید و یا با آدرس زیر مکاتبه داشته باشید:

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

یا از راهنمایی های موجود در بروشور اطلاع رسانی طرح بهداشت روان که به شما ارائه شده است پیروی کنید. باید در طی مدت 90 روز از تاریخ این اطلاعیه درخواست تجدیدنظر خود را بدهید. در بیشتر موارد طرح بهداشت روان باید در طی مدت 30 روز از درخواست شما در مورد درخواست تجدیدنظرتان تصمیم گیری کنند. اگر فکر می کنید که تأخیر باعث ایجاد مشکلات جدی برای سلامت روانی شما، از جمله مشکلاتی در رابطه با توانایی کسب، حفظ یا کسب مجدد عملکردهای حیاتی مهم می شود، می توانید درخواست تجدیدنظر تسریع شده را داشته باشید، که باید در مورد آن در طی 72 ساعت تصمیم گیری شود.

اگر در مورد این اطلاعیه سوال دارید، می توانید با نماینده طرح بهداشت روان خود با شماره 738-4949 (213) تماس بگیرید و صحبت کنید و یا با آدرس زیر مکاتبه داشته باشید:

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

اگر از نتیجه درخواست تجدیدنظرتان ناراضی هستید، می توانید درخواست جلسه دادرسی دولتی را داشته باشید. طرف دیگر این فرم نحوه درخواست دادرسی را توضیح می دهد.

- شهادت می دهم که ذینفع Medi-Cal رونوشت اصلی اطلاعیه اقدام NOA-A، رونوشتی از طرف پستی NOA، و رونوشتی از راهنمای مصرف کننده برای طرح شکایت و درخواست تجدیدنظر را دریافت کرده است. (LACDMH دفترچه راهنمای ارائه دهنده خدمات بهداشت روان تخصصی Medi-Cal، نسخه چهارم، جولای 2009، بخش XVI، ص. 1)

امضای کارمند:

نام چاپی کارمند:

تاریخ:

نام ارائه دهنده:

شناسه ارائه دهنده:

## حقوق دادرسی شما

فقط 90 روز برای درخواست جلسه دادرسی فرصت دارید. شروع این 90 روز از یکی از موارد زیر است:

1. روز پس از آنکه ما شخصاً این اطلاعیه تصمیم گیری در مورد دادرسی طرح بهداشت روان را به شما می دهیم، یا
2. روز پس از تاریخ پستی این اطلاعیه تصمیم گیری در مورد دادرسی طرح بهداشت روان.

## جلسات دادرسی دولتی تسریع شده

معمولاً از تاریخ درخواست برای تصمیم گیری در مورد دادرسی حدود 90 روز طول می کشد. اگر فکر می کنید این زمانبندی مشکلات جدی برای بهداشت روانی شما ایجاد می کند، از جمله هرگونه مشکلی در رابطه با توانایی تان برای کسب، حفظ یا کسب مجدد عملکردهای حیاتی مهم، می توانید درخواست جلسه دادرسی دولتی تسریع شده را داشته باشید. برای درخواست جلسه دادرسی تسریع شده، لطفاً اولین کادر واقع در ستون سمت چپ این صفحه را تحت عنوان درخواست دادرسی بررسی کنید و تمامی دلایل خود در مورد چرایی درخواست جلسه دادرسی تسریع شده را ذکر کنید. اگر درخواست جلسه دادرسی تسریع شده شما تأیید شود، یک تصمیم گیری در مورد دادرسی در طی مدت سه روز کاری از تاریخ دریافت درخواست شما توسط بخش دادرسی های دولتی (State Hearings Division) صادر می شود.

## برای حفظ خدمات فعلی خود در هنگامی که منتظر جلسه دادرسی هستید

- باید در طی 10 روز پس از تاریخ ارسال پستی یا تحویل شخصی اطلاعیه تصمیم گیری در مورد تجدیدنظر طرح بهداشت روان به شما یا قبل از تاریخ اجرا شدن تغییر در خدمات، هر کدام که دیرتر است، درخواست جلسه دادرسی را ارائه دهید.
- خدمات بهداشت روان Medi-Cal شما تا زمان تصمیم گیری نهایی در مورد دادرسی ای که به ضرر شما باشد، پس گرفتن درخواست دادرسی توسط شما، یا تمام شدن دوره زمانی یا محدودیت خدماتی برای درخواست دادرسی شما، هر مورد که زودتر اتفاق افتد، بدون تغییر باقی خواهد ماند.

## مقررات دولتی موجود

مقررات دولتی، از جمله آن مواردی که شامل جلسات دادرسی دولتی می شود، در دفتر رفاه شهرستان محلی شما قابل دسترسی است.

## برای دریافت کمک

می توانید در دفتر کمک قانونی محلی یا از طریق سایر گروه ها کمک قانونی رایگان دریافت کنید.

می توانید در مورد حقوق دادرسی تان سوال کنید یا درخواست کمک قانونی رایگان از جانب واحد پرسش و پاسخ عمومی را داشته باشید:

تماس رایگان: 1-800-952-5253

اگر ناشنوا هستید و از TDD استفاده می کنید، با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید

## نماینده مجاز

می توانید در جلسه دادرسی دولتی نماینده خودتان حاضر باشید. همچنین یکی از دوستان، یک وکیل یا هر شخص دیگری را که انتخاب کنید می تواند نماینده تان باشد. باید خودتان این نماینده را فراهم کنید.

## اطلاعیه قانون روش های اطلاعاتی (قانون مدنی کالیفرنیا از بخش 1798، به بعد)

اطلاعیه ای که در این فرم از شما خواسته می شود ارائه دهید برای پردازش درخواست دادرسی شما ضروری است. اگر اطلاعات تکمیل نباشد ممکن است پردازش درخواست با تأخیر همراه شود. یک پرونده توسط State Hearings Division of the Department of Social Services ایجاد خواهد شد. شما حق بررسی مطالبی که پرونده تصمیم گیری را می سازند دارید و می توانید این پرونده را از طریق تماس با واحد پرسش و پاسخ عمومی پیدا کنید (شماره تلفن در بالا نشان داده شده است). ممکن است هرگونه اطلاعات ارائه شده توسط شما با طرح بهداشت روان، State Departments of Health and Human Services and Mental Health U.S. Department of Health and Human Services به اشتراک گذاشته شود (قانون مجاز: Welfare and Institutions Code بخش 14100.2)

## نحوه درخواست جلسه دادرسی دولتی

بهترین راه برای درخواست جلسه دادرسی پُر کردن این صفحه است. رونوشتی از پشت و روی صفحه برای نگهداری توسط خودتان تهیه کنید. سپس این صفحه را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

روش دیگر درخواست دادرسی تماس با شماره 1-800-952-5253 است. اگر ناشنوا هستید و از TDD استفاده می کنید، با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید

## درخواست دادرسی

به دلیل انجام یک اقدام مرتبط با Medi-Cal که توسط طرح بهداشت درمان شهرستان لس آنجلس انجام شده است درخواست جلسه دادرسی دارم.

[ ] اگر درخواست جلسه دادرسی دولتی تسریع شده را دارید اینجا را علامت بزنید و دلیل خود را در پایین ذکر کنید.

به این دلیل:

---

---

---

---

---

---

---

---

[ ] در صورت نیاز به فضای بیشتر اینجا را علامت بزنید و یک صفحه دیگر اضافه کنید.

نام من: (چاپی)

شماره امنیت اجتماعی من:

آدرس من: (چاپی)

شماره تلفن من: ( )

امضای من:

تاریخ:

نیازمند یک مترجم شفاهی بدون هزینه اضافی هستم. زبان یا گویش من این است:

می خواهم شخصی که نامش در زیر آمده است نماینده من در این دادرسی باشد. به این شخص اجازه می دهم که پرونده های من را ببیند و به جای من به جلسه دادرسی بیاید.

نام:

آدرس:

شماره تلفن: