

**Բժշկական Ծառայության (Medi-Cal) Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծրագրի
ՇԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
(Գնահատում)**

Ամսաթիվ. _____

Հանդիսորդի ինքնությունը հաստատող քարտի համար (ID#) _____

Տրվում է. _____

Բժշկական ծառայության (Medi-Cal) համարը. _____

Լուս Անջելես Վարչաշրջանի Հոգեկան Բժշկական Առողջապահական ծրագիրը Ձեր հոգեկան առողջության վիճակի գնահատման արդյունքները վերանայելուց հետո որոշեց, որ Ձեր հոգեկան առողջության վիճակը չի համապատասխանում բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին՝ ծրագրի միջոցով հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ ստանալու համար: Հոգեկան առողջության ծրագրի համաձայն՝ Ձեր հոգեկան առողջության վիճակը չի համապատասխանում Կալիֆորնիայի Կանոնակարգումների Մասին Օրենսգրքի Գլուխ 9-րդ (CCR), Հոդված 1830.205-ում նշված բժշկական անհրաժեշտ չափանիշներին՝ հետևյալ պատճառներով.

- Ձեր հոգեկան առողջական ախտորոշումը, որը հատնաբերվել է սահմանված գնահատման միջոցով, չի ներառում Հոգեկան Առողջության Պլան (Գլուխ 9-րդ, CCR, Հոդված 1830.205 (b) (1)):
- Ձեր հոգեկան առողջության վիճակը չի առաջացնում խնդիրներ Ձեր ամենօրյա կյանքում, որոնք բավականաչափ լուրջ են հոգեկան առողջության ծրագրի կողմից հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններ ստանալու համար (Գլուխ 9-րդ, CCR, Հոդված 1830.205(b)(2)):
- Հոգեկան առողջապահական ծրագրի մատուցած հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայություններն ամենայն հավանականությամբ չեն կարող Ձեզ օգնել պահպանել կամ բարելավել Ձեր հոգեկան առողջության վիճակը (Գլուխ 9-րդ, CCR, Հոդված 1830.205(b)(3)(A) եւ (B)):
- Ձեր հոգեկան առողջության վիճակը կբարելավվի, եթե ստանաք ֆիզիկական առողջական օգնություն ֆիզիկական առողջական կազմակերպությունների դիմելու դեպքում (Գլուխ 9-րդ, CCR, հոդված 1830.205(b)(3)(C)):

Եթե Դուք համաձայն եք ծրագրի որոշման հետ և կցանկանալիք տեղեկանալ, թե ինչպես ծրագրից դուրս մատակարար գտնել, Դուք կարող եք զանգահարել և խոսել Ձեր հոգեկան առողջության ծրագրի ներկայացուցչի հետ (800) 854-7771 հեռախոսահամարով կամ գրել հետևյալ հասցեով.

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

Եթե Դուք համաձայն չեք ծրագրի որոշման հետ, Դուք կարող եք կատարել հետևյալ մեկ կամ մի քանի քայլերը.

1. Հարցրեք ծրագրի վերանայելու երկրորդ կարծիքը Ձեր հոգեկան առողջության վիճակի վերաբերյալ կայացրած որոշումը: Դա անելու համար կարող եք զանգահարել և խոսել Ձեր հոգեկան առողջության ծրագրի ներկայացուցչի հետ (213) 738-4949 հեռախոսահամարով կամ գրել հետևյալ հասցեով.

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

2. Բողոքարկեք հոգեկան առողջության ծրագրի որոշումը: Դա անելու համար կարող եք զանգահարել և խոսել ձեր Ձեր հոգեկան առողջության ծրագրի ներկայացուցչի հետ (213) 738-4949 հեռախոսահամարով, գրել հետևյալ հասցեով.

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

կամ հետևել հոգեկան առողջության ծրագրի կողմից Ձեզ տրամադրված տեղեկատվական գրքույկի հրահանգներին: Դուք պետք է բողոք ներկայացնեք այս ծանուցումը ստանալու օրվանից 90 օրվա ընթացքում: Որպես կանոն՝ հոգեկան առողջության ծրագիրը պետք է Ձեր բողոքարկման վերաբերյալ որոշում կայացնի 30 օրվա ընթացքում: Դուք կարող եք պահանջել արագացված բողոքարկում, որի դեպքում որոշումը կկայացվի 72 ժամվա ընթացքում, եթե կարծում եք, որ հետաձգումը կարող է լուրջ խնդիրներ առաջացնել Ձեր հոգեկան առողջության համար, որոնց թվում են Ձեր կյանքի կարևոր գործառնությունների ձեռք բերումը, պահպանումը կամ վերականգնումը:

Այս ծանուցման վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում Դուք կարող եք զանգահարել և խոսել Ձեր հոգեկան առողջության ծրագրի ներկայացուցչի հետ (213)738-4949 հեռախոսահամարով կամ գրել հետևյալ հասցեով.

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

Եթե Դուք դժգոհ եք Ձեր դիմումի արդյունքից, Դուք կարող եք պահանջել պետական լուծման: Այս ձևաթղթի հակառակ կողմում բացատրված է, թե ինչպես պահանջել լուծմանը:

Ես հավաստում եմ, որ Բժշկական ծառայության (Medi-Cal) շահառուն ստացել է NOA-A-ի բնօրինակը, NOA Back-ի պատճենը և Բողոքարկման Ընթացակարգերի պատճենը - Սպառողի Ուղեցույց (LACDMH Medi-Cal մասնագիտացված հոգեկան առողջության ծառայություններ մատուցողի ձեռնարկ, 4-րդ հրատարակություն, Հունիս 2009, Բաժին XVI, էջ 1):

Աշխատակցի ստորագրությունը. _____

Ամսաթիվ. _____

Աշխատակցի անունը (տպատառ). _____

Մատակարարի անունը. _____

Մատակարարի ինքնությունը հաստատող քարտի համար (ID) _____

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ԶԵՐ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ

Դուք ունեք ընդամենը 90 օր՝ լուսմների իրականացնելու պահանջ ներկայացնելու համար: 90 օրը սկսվում է կամ՝
1. Սույն հոգեկան առողջության ծրագրի բողոքարկման որոշման ծանուցումը մեր կողմից Ձեզ հանձնելու հաջորդ օրվանից **ԿԱՍ**
2. Սույն հոգեկան առողջության ծրագրի բողոքարկման որոշման ծանուցման կնքանիշի վրա նշված ամսաթվի հաջորդ օրվանից:

Արագացված պետական լուսմներ

Լուսմներ իրականացնելու որոշման գործընթացը սովորաբար տևում է մոտ 90 օր՝ Ձեր կողմից հայցի ներկայացման օրվանից ի վեր: Եթե կարծում եք, որ հետաձգումը կարող է Ձեր հոգեկան առողջության համար լուրջ խնդիրներ առաջացնել, որոնց թվում են Ձեր կյանքի կարևոր գործառնությունների ձեռք բերումը, պահպանումը կամ վերականգնումը, ապա Դուք կարող եք արագացված լուսմներ իրականացնելու հայց ներկայացնել: **Արագացված լուսմներ իրականացնելու պահանջ ներկայացնելու համար խնդրում ենք նշում կատարել այս էջի աջ կողմում գտնվող վանդակում՝ ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՊԸՎՄՁ-ի ներքո, և պարզաբանել արագացված լուսմներ պահանջելու պատճառը:** Եթե արագացված լուսմների Ձեր պահանջը հաստատվի, լուսմների մասին որոշումը կկայացվի Պետական Լուսմների Բաժնի կողմից ձեր դիմումի ընդունման օրվանից 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Պահպանելու համար նույն ծառայությունները, մինչ Դուք սպասում եք լուսմներին

- Դուք պետք է լուսմներ պահանջեք հոգեկան առողջության ծրագրի բողոքարկման որոշման մասին ծանուցումը անձամբ կամ էլ, փոստով ստանալու օրվանից 10 օրվա ընթացքում կամ մինչև ծառայության փոփոխության ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը՝ կախված, թե որն ավելի շուտ տեղի կունենա:
- Ձեր Բժշկական Ծառայության (Medi-Cal) հոգեկան առողջության ծառայությունները կմնան անփոփոխ մինչ լուսմների իրականացման վերաբերյալ վերջնական որոշման կայացումը, այն դեպքերում, երբ որոշումը Ձեր օգտին չէ կամ Դուք հետ եք վերցնում լուսմներ իրականացնելու վերաբերյալ Ձեր դիմումը կամ Ձեր ընթացիկ ծառայությունների համար նախատեսված ժամանակահատվածը կամ ծառայությունների սահմանաչափը լրանում է՝ կախված, թե որն ավելի շուտ տեղի կունենա:

Պետական կանոնակարգերը հասանելի են

Պետական կանոնակարգերը, ներառյալ պետական լուսմներին առնչվող կանոնակարգերը, հասանելի են Ձեր տեղական համայնքային սոցիալական ապահովության գրասենյակում:

Օգնություն ստանալու համար

Դուք կարող եք ստանալ անվճար իրավաբանական օգնություն տեղի իրավաբանական օգնության գրասենյակում կամ մեկ այլ վայրում:
Դուք կարող եք հարցեր ուղղել լուսմներ պահանջելու Ձեր իրավունքի կամ անվճար իրավաբանական օգնության մասին Հանրային Հարցման և Պատասխանների Բաժնում.

Անվճար գանգեր. 1-800-952-5253

Լսողական խնդիրների և խոսքի համար նախատեսված հեռախոսակցության սարքի օգտագործման դեպքում գանգահարեք 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:

Լիազոր ներկայացուցիչ

Դուք կարող եք ներկայացնել Ձեր իսկ շահերը պետական լուսմների ժամանակ: Ձեր շահերը կարող է նաև ներկայացնել Ձեր ընկերը, փաստաբանը կամ Ձեր ընտրած ցանկացած անձ: Դուք ինքներդ պետք է կարգավորեք ներկայացուցչի հետ կապված հարցերը:

Տեղեկատվության Կիրառման Ակտի Մասին Ծանուցում (Կալիֆորնիայի քաղաքացիական օրենսգրքի բաժին 1798 և դրան հաջորդող բաժիններ):

Սույն ձևաթղթում Ձեր կողմից տրված տեղեկատվությունն անհրաժեշտ է Ձեր լսման վերաբերյալ հայցը մշակելու համար: Այն կարող է հետաձգվել, եթե տեղեկատվությունն ամբողջական չէ: Պետական Լուսմների Բաժինը Սոցիալական Ծառայությունների Բաժնից կկազմի գործին առնչվող փաստաթղթերը: Դուք իրավունք ունեք ուսումնասիրելու որոշումը կայացնելու համար անհրաժեշտ արձանագրությունը կազմող նյութերը և կարող եք գտնել այդ արձանագրությունը՝ գանգահարելով Հանրային Հարցման և Պատասխանների Բաժնի վերը նշված հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից տրամադրված ցանկացած տեղեկատվություն կարող է տրամադրվել հոգեկան առողջության ծրագրին, Պետական Առողջապահական Ծառայությունների և Հոգեկան Առողջական, ինչպես նաև Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների Առողջական և Մարդկային Ծառայություններին (Հիմք՝ Սոցիալական Ապահովության և Հաստատությունների Օրենսգրքի բաժին-14100.2)

ԻՆՉՊԵՍ ՊԵՏԱԿԱՆ ԼՍՈՒՄՆԵՐ ՊԸՎՄՁԵԼ

Լուսմներ պահանջելու լավագույն տարբերակն այս էջը լրացնելն է: **Ձեզ մոտ կրկնօրինակ ունենալու համար պատճեններ էջի առջևի և հետևի մասը, այնուհետև ուղարկեք այս էջը հետևյալ հասցեով.**

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

Դուք կարող եք նաև լուսմներ պահանջել՝ գանգահարելով 1-800-952-5253 հեռախոսահամարին: Լսողական խնդիրների և TDD օգտագործման դեպքում գանգահարեք 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՊԸՎՄՁ

Ես լուսմներ եմ պահանջում Լոս Անջելեսի շրջանի Հոգեկան Առողջության ծրագրի Medi-Cal-ի հետ կապված գործողության պատճառով:

[] Նշեք այստեղ, եթե ցանկանում եք իրականացնել արագացված պետական լուսմներ և ստորև նշեք պատճառը:

Պատճառը. _____

[] Նշեք այստեղ և ավելացրեք ևս մեկ էջ, եթե Ձեզ ավելի շատ տեղ է անհրաժեշտ:

Իմ անունը. (տպատառ) _____

Իմ սոց. ապահովության համարը. _____

Իմ հասցեն. (տպատառ) _____

Իմ հեռախոսահամարը. (____) _____

Իմ ստորագրությունը. _____

Ամսաթիվ. _____

Ես անվճար թարգմանչի կարիք ունեմ: Ես խոսում եմ հետևյալ լեզվով կամ բարբառով. _____

Ես ցանկանում եմ, որ ստորև նշված անձն ինձ ներկայացնի լուսմների ժամանակ: Ես թույլտվություն եմ տալիս, որ նշված անձը մուտք ունենա իմ արձանագրություններ և ներկայանա իմ լուսմներին:

Անուն. _____

Հասցե. _____

Հեռախոսահամար. _____