

**Medi-Cal Հոգեկան Առողջության Մասնագիտացված Ծրագիր
ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ
(Ժամանակին մատուցված ծառայության բացակայություն)**

Ամսաթիվ. _____

Հաճախորդի ID#. _____

Տրվում է. _____

Medi-Cal համարը. _____

Լուս Անջելեսի շրջանի հոգեկան առողջության ծրագիրը ծառայության նախնական պահանջի ամսաթվից _____ աշխատանքային օրվա ընթացքում չի տրամադրել ծառայություններ:

Մեր արձանագրությունները ցույց են տալիս, որ Ձեր կողմից կամ Ձեր անունից պահանջվել են ծառայություններ նշված օրը. _____:

Ձեր կողմից կամ Ձեր անունից պահանջվել են հետևյալ ծառայությունները.

- Նախնական կլինիկական հանդիպում:
- Նախնական բժշկական հանդիպում նույն օրն, ինչ նախնական կլինիկական հանդիպումը:
- Արագացված նախնական կլինիկական հանդիպում հիվանդանոցից, բանտից կամ անչափահասների քրեակատարողական հաստատություններից դուրս գալուց հետո:
- Վերանշանակված նախնական կլինիկական հանդիպում մատակարարի մոտ ծագած անխուսափելի հանգամանքների պատճառով:
- Վերանշանակված նախնական կլինիկական հանդիպում Ձեր կամ Ձեր ներկայացուցչի կողմից նախնական հանդիպումը չեղարկելու պատճառով:
- Վերանշանակված նախնական կլինիկական հանդիպում Ձեր՝ նախնական հանդիպման պայմանավորվածությունը չպահպանելու պատճառով:
- Այլ _____

Մենք ներողություն ենք խնդրում ժամանակին ծառայություններ չմատուցելու համար: Մենք աշխատանքներ ենք տանում այս ուղղությամբ և հուսով ենք շուտով Ձեզ տրամադրել պահանջվող ծառայություն(ներ)ը:

Գուք կարող եք պահանջել պետական լուծմանը՝ քննարկելու ուշացման պատճառը:

Այս ձևաթղթի հակառակ կողմում բացատրված է, թե ինչպես կարելի է պետական լուծման պահանջել:

Այս ծանուցումը տրվում է համաձայն Գլուխ 42, Գաշնային կանոնակարգի 438-րդ հոդվածի F ենթաբաժնի:

Ես հավաստում եմ, որ Medi-Cal-ի շահառուն ստացել է այս NOA-E-ի բնօրինակը, NOA Back-ի պատճենը, ինչպես նաև 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. _____

Աշխատակցի անունը (տպատառ). _____

Ամսաթիվ. _____

Մատակարարի անունը. _____

Մատակարարի #. _____

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՁԵՐ ԻՐԱՎՎՈՒՆԸ

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

Արագացված պետական լուսններ

Լուսններ 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 լուսններ իրականացնելու հայց ներկայացնել: **Արագացված լուսններ իրականացնելու պահանջ ներկայացնելու համար խնդրում ենք նշում կատարել այս էջի աջ կողմում գտնվող վանդակում՝ ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՊԸՎՆԳՁ-ի ներքո, և պարզաբանել արագացված լուսններ պահանջելու պատճառը:** Եթե արագացված լուսնների Ձեր պահանջը հաստատվի, լուսնների մասին որոշումը կկայացվի State Hearings Division-ի կողմից ձեր դիմումի ընդունման օրվանից 3 շախատաճրային օրվա ընթացքում:

Պահպանելու համար նույն ծառայությունները, մինչ Դուք սպասում եք լուսններին

- Դուք պետք է լուսններ 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 ուշ տեղի կունենա:
- Ձեր Medi-Cal-ի հոգեկան առողջության ծառայությունները կմնան անփոփոխ մինչ լուսնների իրականացման վերաբերյալ վերջնական որոշման կայացումը, այն դեպքերում, երբ որոշումը Ձեր օգտին չէ կամ Դուք հետ եք վերցնում լուսններ իրականացնելու վերաբերյալ Ձեր դիմումը կամ Ձեր ընթացիկ ծառայությունների համար նախատեսված ժամանակահատվածը կամ ծառայությունների սահմանաչափը լրանում է՝ կախված, թե որն ավելի ուշ տեղի կունենա:

Պետական կանոնակարգերը հասանելի են

Պետական կանոնակարգերը, ներառյալ պետական լուսններին 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 լուսններ պահանջելու Ձեր իրավունքի կամ անվճար իրավաբանական օգնության մասին Հանրային Հարցման և Պատասխանների Բաժնում:

Անվճար գանգեր. 1-800-952-5253

Լսողական խնդիրների և TDD օգտագործման դեպքում գանգահարեք 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:

Լիազոր ներկայացուցիչ

Դուք կարող եք ներկայացնել Ձեր իսկ շահերը պետական լուսնների 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 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: State Hearings Division of the Department of Social Services-ը կկազմի գործին առնչվող փաստաթղթերը: Դուք իրավունք ունեք ուսումնասիրելու որոշումը կայացնելու համար անհրաժեշտ արձանագրությունը կազմող նյութերը և կարող եք գտնել այդ արձանագրությունը՝ զանգահարելով Հանրային Հարցման և Պատասխանների Բաժին վերը նշված հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից տրամադրված ցանկացած տեղեկատվություն կարող է տրամադրվել հոգեկան առողջության ծրագրին, State Departments of Health Services and Mental Health-ին, ինչպես նաև U.S. Department of Health and Human Services-ին (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)

ԻՆՉՊԵՍ ՊԵՏԱԿԱՆ ԼՍՈՒՄՆԵՐ ՊԸՎՆԳՁԸ

Լուսններ պահանջելու լավագույն տարբերակն այս էջը լրացնելն է: **Ձեզ մոտ կրկնօրինակ ունենալու համար պատճենեք 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 լուսններ պահանջել՝ զանգահարելով 1-800-952-5253 հեռախոսահամարին: Լսողական խնդիրների և TDD օգտագործման դեպքում զանգահարեք 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով:

ԼՍՈՒՄՆԵՐԻ ՊԸՎՆԳՁ

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

[] Նշեք այստեղ, եթե ցանկանում եք իրականացնել արագացված պետական լուսններ 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 լուսնների ժամանակ: Ես թույլտվություն եմ տալիս, որ նշված անձը մուտք ունենա իմ արձանագրություններ և ներկայանա իմ լուսններին:

Անուն. _____

Հասցե. _____

Հեռախոսահամար. _____