

برنامه بهداشت روان تخصصی Medi-Cal
اطلاعیه اقدام
(عدم ارائه به موقع خدمات)

تاریخ: _____ # شناسه سرویس گیرنده: _____
به: _____ شماره Medi-Cal: _____

طرح بهداشت روان برای شهرستان لس آنجلس خدماتی در طی مدت _____ روز کاری از تاریخ اولیه درخواست خدمات ارائه نکرده است.

پرونده های ما نشان می دهند که از سوی شما یا به نمایندگی از طرف شما در تاریخ _____ درخواست خدمات شده است.

خدمات زیر توسط شما یا از طرف شما درخواست شده بودند:

- | | |
|--|--------------------------|
| وقت ملاقات بالینی اولیه معمول. | <input type="checkbox"/> |
| وقت ملاقات معمول برای انتصاب دارو در همان روز وقت ملاقات بالینی اولیه | <input type="checkbox"/> |
| وقت ملاقات بالینی اولیه تسریع شده پس از ترخیص از یک مرکز بستری حاد، زندان، یا مرکز عدالت نوجوانان. | <input type="checkbox"/> |
| تغییر وقت ملاقات بالینی اولیه به دلیل پیشامد شرایط غیر قابل اجتناب برای ارائه دهنده. | <input type="checkbox"/> |
| تغییر وقت ملاقات بالینی اولیه به دلیل لغو پیشاپیش این وقت ملاقات اولیه توسط شما یا نماینده تان. | <input type="checkbox"/> |
| تغییر وقت ملاقات بالینی اولیه به دلیل عدم حضور در این وقت ملاقات اولیه. | <input type="checkbox"/> |
| سایر موارد | <input type="checkbox"/> |

به خاطر عدم ارائه به موقع خدمات متأسفیم. در حال حاضر مشغول کار بر روی درخواست شما بوده و امیدواریم که سرویس (های) درخواست شده تان را به زودی به شما ارائه دهیم.

می توانید برای بررسی دلیل این تأخیر درخواست تشکیل جلسه دادرسی دولتی را داشته باشید.

طرف دیگر این فرم نحوه درخواست جلسه دادرسی دولتی را توضیح می دهد.

مطابق با سر صفحه 42، کد قوانین فدرال، بخش 438، بخش فرعی F، این اطلاعیه ضروری است.

شهادت می دهم که ذینفع Medi-Cal رونوشت اصلی اطلاعیه اقدام NOA-E، 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، زولای 2009، بخش XVI، ص. 1)

امضای کارمند: _____ نام چاپی کارمند: _____
تاریخ: _____ نام ارائه دهنده: _____
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 تصمیم‌گیری در مورد دادرسی طرح بهداشت روان را به شما می‌دهیم، یا
2. روز پس از تاریخ پستی این اطلاعیه تصمیم‌گیری در مورد دادرسی طرح بهداشت روان.

جلسات دادرسی دولتی تسریع شده

معمولاً تصمیم‌گیری در مورد دادرسی از تاریخ درخواست حدود 90 روز طول می‌کشد. اگر فکر می‌کنید این زمانبندی مشکلات جدی برای بهداشت روانی شما ایجاد می‌کند، از جمله هرگونه مشکلی در رابطه با توانایی تان برای کسب، حفظ یا کسب مجدد عملکردهای حیاتی مهم، می‌توانید 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 تصمیم‌گیری در مورد دادرسی در طی مدت سه روز کاری از تاریخ دریافت درخواست شما توسط بخش دادرسی های دولتی (State Hearings Division) صادر می‌شود.

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 تصمیم‌گیری در مورد تجدیدنظر طرح بهداشت روان به شما یا قبل از تاریخ اجرایی شدن تغییر در خدمات، هر کدام که دیرتر است، درخواست جلسه دادرسی را ارائه دهید.
- خدمات بهداشت روان Medi-Cal شما تا زمان تصمیم‌گیری 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 می‌شود، در دفتر رفاه شهرستان محلی شما قابل دسترسی است.

برای دریافت کمک

می‌توانید در دفتر کمک قانونی محلی یا از طریق سایر گروه‌ها کمک قانونی رایگان دریافت کنید.

می‌توانید در مورد حقوق دادرسی تان سؤال 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 می‌کنید، با شماره 1-800-952-8349

تماس بگیرید

نماینده مجاز

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

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

اطلاعیه‌ای که در این فرم از شما خواسته می‌شود 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 تصمیم‌گیری را می‌سازند دارید و می‌توانید 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 Services and Mental Health و 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 پر 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 می‌کنید، 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:

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

نام:

آدرس:

شماره تلفن: