

**Medi-Cal 전문 정신 건강 프로그램
결정 통지
(적절한 시간안에 서비스 제공 실패)**

날짜: _____

고객 ID #: _____

받는사람: _____

Medi-Cal 번호: _____

로스앤젤레스 카운티 (Los Angeles County) 의 정신 건강 플랜은 최초 서비스 요청일로부터 근무일 기준으로 ____ 일 이내에 서비스를 제공하지 않았습니다.

기록에 따르면 귀하나 귀하의 대리인이 _____ 서비스를 요청하였습니다.

귀하 또는 귀하의 대리인이 다음 서비스를 요청하였습니다:

- 정례적인 초기 임상 진료 예약.
- 초기 임상 진료와 같은 날의 정기 진료 예약.
- 심각한 입원 환자 시설, 감옥 또는 청소년 사법 시설에서 퇴원 한 후 초기 임상 진료를 신속히 예약합니다.
- 제공자의 불가피한 상황으로 인해 초기 임상 예약을 변경했습니다.
- 귀하 또는 귀하의 대리인이 초기 예약을 취소함으로써 초기 임상 예약을 변경합니다.
- 초기 예약을 지키지 않아 초기 임상 예약을 변경했습니다.
- 기타 _____

시기 적절한 서비스 제공이 지연되어 유감입니다. 귀하의 요청을 제공하기 위해 노력하고 있으며 곧 귀하가 요청한 서비스를 제공하기를 희망합니다.

귀하는 주 심의회 (state hearing) 를 요청하여 지연 사유를 고려할 수 있습니다.

본 양식의 뒷면에 주 심의회 (state hearing) 요청 방법이 설명되어 있습니다.

본 고지는 연방 규정 집 제42권 438-F장에 따릅니다.

나 본인은 Medi-Cal 수혜자로 NOA-E 원본과 NOA Back 사본과 Grievance and Appeal Procedures - A Consumer Guide 사본을 받았음을 보증합니다. (LACDMH Medi-Cal 전문 정신 건강 서비스 제공자 안내서, 4th Ed., 2009 년 7 월, 섹션 XVI, P. 1)

관계자 서명: _____

관계자 이름 정자체: _____

날짜: _____

제공자 이름: _____

제공자 #: _____

귀하의 심의회 (HEARING) 권리

Hearing를 요청할 수 있는 기간은 90 일입니다. 90일은 아래 조건에서 시작합니다.

1. 정신 건강 계획 항소 결정 통지서를 직접 전달받은 다음 날, 또는
2. 정신 건강 계획 항소 결정 통지서가 발효되는 다음 날.

속성 주 심의회 (State Hearings)

귀하가 심의회 결정을 요청한 날짜로부터 보통 약 90 일이 걸립니다. 시간이 생명에 중요한 기능의 획득, 유지, 또는 회복을 포함한 귀하의 정신 건강에 심각한 문제를 일으키는 요인이라고 판단되면 속성 주 심의회 (state hearing) 를 요청합니다. 속성 심의회를 요청하려면 본 페이지 심의회 신청 (HEARING REQUEST) 하단의 오른쪽 첫 번째 칸에 체크하고 속성 심의회 요청하는 이유를 기재하십시오. 귀하의 속성 심의회 요청이 승인되면 주 심의회 부서 (State Hearings Division) 에 귀하의 요청이 접수된 날로부터 근무일 기준 3일 이내로 심의회 결정이 발급됩니다.

심의회를 기다리는 동안 동일한 서비스를 받는 방법

- 귀하의 정신 건강 계획의 항소 결정 통지를 우편으로 발송 받았거나 개인적으로 직접 받은 날짜로부터 또는 서비스 변경의 효력 발생 이전 날짜 (둘 중 더 늦은 날짜)로부터 10 일 이내에 심의회를 요청해야 합니다.
- Medi-Cal 정신 건강 서비스는 귀하에게 불리한 최종 심의회 결정, 심의회 요청 철회 또는 현재 서비스의 기간 또는 서비스 한도가 만료될 때까지 (둘 중 빠른 날짜 적용) 동일하게 유지됩니다.

주 규정 제공

주 심의회 (State Hearings) 를 포함한 주 규정은 지역 카운티 복지 사무실에서 받을 수 있습니다.

도움받는 방법

해당 지역의 법률 원조 사무소나 다른 그룹에서 무료 법률 상담을 받을 수 있습니다.

공공 문의 및 대응 부서 (Public Inquiry and Response Unit) 에서 심리 권리 또는 무료 법률 지원에 관해 질문할 수 있습니다.

수신자 부담 전화 :1-800-952-5253청각 장애가 있고 TDD를 사용하는 경우 1-800-952-8349 전화하십시오

승인 받은 대리인

주 심의회 (state hearing) 에서 본인 스스로 대표할 수 있습니다. 또한 귀하가 선택한 친구, 변호사 또는 다른 사람도 본인을 대리할 수 있습니다. 대리인은 본인이 직접 선택하여야 합니다.

정보 관행법 고지 (캘리포니아 민법 1798항 이하 참조) 본 양식에 귀하가 제공해야 하는 정보는 심의회 요청 과정에 필요합니다. 정보가 완벽히 제공되지 않으면 처리가 지연 될 수 있습니다. 사회 복지부 (Department of Social Services) 의 주 심의회 부서 (State Hearings Division) 에서 케이스 파일을 설정합니다. 귀하는 결정을 위해 작성한 기록 자료를 검토 할 권한이 있으며 공공 문의 및 대응 부서 (Public Inquiry and Response Unit), 위의 전화 번호)에 연락하여 본 기록을 요청할 수 있습니다. 귀하가 제공하는 모든 정보는 정신 건강 계획, 주정부 건강 서비스 (the State Departments of Health Services and Mental Health) 및 정신 건강 및 미국 보건 복지부 (U.S. Department of Health and Human Services) (기관: 복지 및 시설 코드, 제 14100.2 항) 와 공유 할 수 있습니다.

주 심의회 (STATE HEARING) 요청 방법

심의회를 요청하는 가장 좋은 방법은 본 페이지를 작성하는 것입니다. 귀하의 기록을 위해 앞면과 뒷면을 복사합니다. 본 페이지를 아래로 보냅니다.

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

또 1-800-952-5253에 전화하여 심의회를 요청할 수 있습니다. 청각 장애가 있고 TDD를 사용하는 경우 1-800-952-8349 전화하십시오.

심의회 신청

저는 로스앤젤레스 카운티 의 정신 건강 계획에서 제공하는 Medi-Cal관련 일로 심의회를 요청합니다.

[] 속성 주 심의회 (state hearing) 를 원하면 여기에 체크하고 아래에 이유를 설명하십시오.

이유: _____

[] 더 많은 공간이 필요하면 여기에 체크하고 페이지를 추가하십시오.

이름: (정자체) _____
Social Security Number: _____
주소: (정자체) _____

전화번호: (____) _____

서명: _____
날짜: _____

무료 통역관이 필요합니다. 이용 언어 또는 방언:

아래에 기록된 사람이 본 심의회에서 나를 대표하기를 원합니다. 아래의 사람에게 나의 기록을 볼 권한과 심의회에 참석할 권한을 부여합니다.

이름: _____
주소: _____

전화번호: _____