

**Medi-Cal 專業心理健康計畫 (Specialty Mental Health Program)**  
**受理通知書**  
**(服務未及時)**

日期：\_\_\_\_\_

客戶 ID 編號：\_\_\_\_\_

致：\_\_\_\_\_

Medi-Cal 號碼：\_\_\_\_\_

洛杉磯郡政府轄下之心理健康計畫未能在首次服務要求提出後的\_\_\_\_\_個工作日內提供服務。

根據我們的記錄顯示，您本人或他人曾代您於\_\_\_\_\_提出過服務要求。

您本人或他人曾代您提出的服務要求如下：

- 需要預約首次常規門診。
- 需要預約在首次門診的同天進行用藥諮詢常規門診。
- 從重度住院病房、監獄或少年矯正機構離院後，需要預約首次加急門診。
- 由於服務提供者發生了無法避免的情況，需要將首次門診改期進行。
- 由於您本人或您的代表人此前取消了首次門診的預約，需要將首次門診改期進行。
- 由於您未能按時赴首次門診，需要將首次門診改期進行。
- 其他\_\_\_\_\_

對於未能按時提供服務所造成的延誤，我們深感抱歉。我們正在處理您的要求，並希望能夠儘快為您提供所需的服務。

您可以要求舉辦一場州立聽證會，以深究造成此次延誤的原因。

本表格背面已詳載有關提出舉辦聽證會要求的具體說明。

依照《聯邦規則彙編》第21卷第438節 F 小節 (Title 42, Code of Federal Regulations, Part 438, Subpart F) 的要求，特此發出本通知。

本人證明，該 Medi-Cal 受益人已收到了一份此 NOA-E 的正本、一份 NOA 背頁的影本，以及一份《申訴與上訴程序：消費者指南》(Grievance and Appeal Procedures - A Consumer Guide) 的影本。(《LACDMH Medi-Cal 專業心理健康服務提供者手冊》第十六章第1頁，2009年7月第四版 (LACDMH Medi-Cal Specialty Mental Health Services Provider Manual, 4th Ed., July 2009, Section XVI, P. 1) )

職員簽名：\_\_\_\_\_

職員姓名(正楷書寫)：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

服務提供者名稱：\_\_\_\_\_

服務提供者編號：\_\_\_\_\_

## 您所享有的聽證權

您必須在90天之內提出舉辦聽證會的要求。該90天時限的起始日期為：

1. 我們當面將該心理健康計畫之上訴裁決通知書遞交予您的次日，或
2. 該心理健康計畫之上訴裁決通知書所蓋郵戳日期的次日。

## 加急州立聽證會

自您提出要求之日起至作出聽證裁決，通常需要90天的時間。如果您認為這一時間過長，會導致您的心理健康狀況發生嚴重問題，影響到您獲得、維持或恢復重要生活功能的能力，則您可以要求舉辦一場加急州立聽證會。**如需要求舉辦加急聽證會，請在本頁右欄「要求舉辦聽證會」下第一個方框內打勾，並寫明您要求舉辦加急聽證會的原因。**如果您舉辦加急聽證會的要求得到批准，州立聽證會分部將在收到您的要求後的三個工作日內作出聽證裁決。

## 如何在等待聽證會召開期間繼續享受原有服務

- 您必須在心理健康計畫之上訴裁決通知書寄出或當面遞交予您之日起10日內或在服務更改生效日期之前提出舉辦聽證會的要求，以後發生者為準。
- 您所享受的 Medi-Cal 心理健康服務將保持不變，直至下達了對您不利的最終聽證裁決、您撤銷了舉辦聽證會的要求，或是您當前服務之時限或其他限制過期失效為止，以先發生者為準。

## 索取加州法規

您可以在您當地的郡政府福利辦公室索取加州法規，其中亦包括有關州立聽證會事宜的法條。

## 如何獲取幫助

您可以在您當地的法律援助辦公室或其他小組處獲取免費的法律援助。您可以向公眾諮詢與回應小組（Public Inquiry and Response Unit）諮詢您所享有的聽證權或免費法律援助方面的資訊：

免費電話：1-800-952-5253

如果您是使用電訊顯示設備的聽障人士，請撥打 1-800-952-8349

## 授權代表人

您可以代表自己出席聽證會，也可以選擇一位友人、律師或任何人士做您的代表人。您必須自行安排代表人事宜。

**《資訊處理法》通知書（《加利福尼亞民法典》第1798條及以下條款（California Civil Code Section 1798, et. seq.））**本表格要求您提供的資訊為處理您舉辦聽證會的要求所需。如資訊不完整，處理過程可能會有所延遲。州立社會服務部聽證會分部（State Hearings Division of the Department of Social Services）將會整理製作一份個案卷宗。您有權查驗該存卷用於決策的材料，並可以聯絡公眾諮詢與回應小組以詢得該存卷（電話號碼如上所示）。您所提供的任何資訊均可能被透露予心理健康計畫、州政府各健康服務部門（State Departments of Health Services）及美國健康與人類服務部（U.S. Department of Health and Human Services）（法律依據：《福利與機構法典》第14100.2條（Welfare and Institutions Code, Section 14100.2））。

## 如何要求舉辦一場州立聽證會

提出舉辦聽證會要求的最佳方式是填寫本頁。請影印本頁正反面自行留存，然後將本頁寄送至：

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

另一種提出舉辦聽證會要求的方式是撥打 1-800-952-5253。如果您是使用電訊顯示設備的聽障人士，請撥打 1-800-952-8349。

## 要求舉辦聽證會

由於洛杉磯郡政府轄下之心理健康計畫進行了一項與 Medi-Cal 有關的行為，我想要舉辦一場州立聽證會。

如您想要舉辦一場加急州立聽證會，請在此處打勾，並寫明原因。

原因如下： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

如空位不足，請在此處打勾，並另附紙張書寫。

我的姓名：（正楷書寫） \_\_\_\_\_

我的社會保險號碼： \_\_\_\_\_

我的地址：（正楷書寫） \_\_\_\_\_

我的電話號碼：（\_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_

我的簽名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

我需要一位口譯員為我免費服務。我講的語言或方言是： \_\_\_\_\_

我想讓下述人士代表我出席這場聽證會。我謹授權此人查看我的病歷，並代我出席聽證會。

姓名： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_