

Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên Khoa Medi-Cal
THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG
(Chậm trễ Cung cấp Dịch vụ Kịp thời)

Ngày: _____

ID Khách hàng #: _____

Gửi đến: _____

Số Medi-Cal: _____

Chương trình sức khỏe tâm thần Quận Los Angeles đã không cung cấp các dịch vụ trong vòng _____ ngày làm việc kể từ ngày yêu cầu dịch vụ ban đầu.

Hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị đã yêu cầu các dịch vụ, hoặc các dịch vụ đã được yêu cầu thay mặt cho quý vị vào ngày _____.

Các dịch vụ sau đây được yêu cầu bởi quý vị hoặc thay mặt cho quý vị:

- Cuộc hẹn khám lâm sàng ban đầu định kỳ.
- Cuộc hẹn khám lấy thuốc định kỳ vào cùng ngày với cuộc hẹn khám lâm sàng ban đầu.
- Cuộc hẹn khám lâm sàng ban đầu cấp tốc sau khi xuất viện từ một cơ sở điều trị nội trú cấp tính, trại giam hoặc cơ sở xét xử vị thành niên.
- Cuộc hẹn khám lâm sàng ban đầu được lên lịch lại do các tình huống không thể tránh khỏi từ phía nhà cung cấp.
- Cuộc hẹn khám lâm sàng ban đầu được lên lịch lại do quý vị hoặc đại diện của quý vị hủy cuộc hẹn ban đầu trước.
- Cuộc hẹn khám lâm sàng ban đầu được lên lịch lại do quý vị không giữ hẹn ban đầu.
- Khác _____

Chúng tôi xin lỗi vì sự chậm trễ trong việc cung cấp các dịch vụ kịp thời. Chúng tôi đang thực hiện yêu cầu của quý vị và hy vọng sớm cung cấp cho quý vị (các) dịch vụ được yêu cầu.

Quý vị có thể yêu cầu một cuộc điều trần của tiểu bang để xem xét lý do của sự trì hoãn này.

Mặt sau của mẫu đơn này giải thích cách yêu cầu một cuộc điều trần của tiểu bang.

Thông báo này được yêu cầu căn cứ theo Tiêu đề 42, Bộ Pháp điển các Quy định Liên bang, Phần 438, Phụ lục F (Title 42, Code of Federal Regulations, Part 438, Subpart F).

Tôi Xác nhận rằng Người thụ hưởng Medi-Cal đã nhận được Bản Gốc của Thông báo Hành động (NOA-A) này, một bản sao NOA Back, và một bản sao Các Thủ tục Khiếu nại và Kháng cáo - Hướng dẫn cho Người tiêu dùng (Grievance and Appeal Procedures - A Consumer Guide). (Sổ tay Hướng dẫn của Nhà cung cấp Dịch vụ Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa Medi-Cal LACDMH, Phiên bản 4, Tháng Bảy 2009, Mục XVI, Phần 1) (LACDMH Medi-Cal Specialty Mental Health Services Provider Manual, 4th Ed., July 2009, Section XVI, P. 1)

Chữ ký Nhân viên: _____

Tên Nhân viên Viết in: _____

Ngày: _____

Tên Nhà cung cấp: _____

Nhà cung cấp #: _____

QUYỀN ĐIỀU TRẦN CỦA QUÝ VỊ

Quý vị chỉ có 90 ngày để yêu cầu một cuộc điều trần. 90 ngày được tính từ:

1. Ngày chúng tôi đích thân chuyên cho quý vị thông báo về quyết định kháng cáo của chương trình sức khỏe tâm thần này, **HOẶC**
2. ngày trên đầu bưu điện của thông báo về quyết định kháng cáo của chương trình sức khỏe tâm thần này.

Điều trần Cấp tốc Cấp Tiểu bang

Thường mất khoảng 90 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu đưa ra quyết định điều trần. Nếu quý vị nghĩ rằng khoảng thời gian này sẽ gây ra những vấn đề nghiêm trọng với sức khỏe tâm thần của quý vị, bao gồm những vấn đề về khả năng đạt được, duy trì hoặc khôi phục các chức năng sống quan trọng, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần cấp tốc cấp tiểu bang. **Để yêu cầu một cuộc điều trần cấp tốc, xin quý vị vui lòng đánh dấu vào ô đầu tiên ở cột bên tay phải của trang này, dưới mục YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN và bao gồm lý do tại sao quý vị yêu cầu một cuộc điều trần cấp tốc.** Nếu yêu cầu điều trần cấp tốc của quý vị được chấp thuận, Ban Điều trần Tiểu bang (State Hearings Division) sẽ ban hành quyết định điều trần trong vòng ba ngày làm việc kể từ ngày nhận được yêu cầu của quý vị.

Để Giữ các Dịch vụ của Quý vị Trong khi Quý vị Chờ đợi Cuộc Điều trần

- Quý vị phải yêu cầu một cuộc điều trần trong vòng 10 ngày kể từ ngày thông báo về quyết định kháng cáo của chương trình sức khỏe tâm thần được gửi qua đường bưu điện hoặc đích thân chuyên cho quý vị hoặc trước ngày hiệu lực của thay đổi dịch vụ, tùy vào thời điểm nào muộn hơn.
- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần Medi-Cal của quý vị sẽ được giữ nguyên cho đến khi có quyết định điều trần cuối cùng gây bất lợi cho quý vị, quý vị rút lại yêu cầu điều trần, hoặc khoảng thời gian hay giới hạn dịch vụ cho các dịch vụ hiện tại của quý vị hết hạn, tùy điều kiện nào xảy ra trước.

Quy định Hiện hành của Tiểu bang

Các quy định của tiểu bang, bao gồm cả những điều luật về các buổi điều trần của tiểu bang, hiện có tại văn phòng phúc lợi quận địa phương của quý vị.

Để Nhận Trợ giúp

Quý vị có thể nhận được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý địa phương hoặc các nhóm khác. Quý vị có thể hỏi về các quyền điều trần của mình hoặc nhận trợ giúp pháp lý miễn phí từ Phòng Hỏi và Đáp Công cộng (Public Inquiry and Response Unit):

Gọi số miễn phí: 1-800-952-5253

Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng TDD, vui lòng gọi số 1-800-952-8349

Đại diện được Ủy quyền

Quý vị có thể đại diện cho mình tại phiên điều trần của tiểu bang. Quý vị cũng có thể được đại diện bởi một người bạn, một luật sư hoặc bất cứ ai khác mà quý vị lựa chọn. Quý vị phải tự sắp xếp cho người đại diện này.

Thông báo về Đạo luật Xử lý Thông tin (Information Practices Act Notice) (Bộ luật Dân sự California Mục 1798, et. seq. (California Civil Code Section 1798, et. seq.)) Thông tin quý vị được yêu cầu cung cấp trong mẫu đơn này là cần thiết để xử lý yêu cầu điều trần của quý vị. Việc xử lý có thể bị trì hoãn nếu thông tin không đầy đủ. Một hồ sơ trường hợp sẽ được Ban Điều trần Tiểu bang (State Hearings Division) thuộc Sở Dịch vụ Xã hội (Department of Social Services) thiết lập. Quý vị có quyền kiểm tra các tài liệu cấu thành hồ sơ để ra quyết định và có thể xem hồ sơ này bằng cách liên lạc với Phòng Hỏi và Đáp Công cộng (số điện thoại được ghi ở trên). Bất kỳ thông tin nào quý vị cung cấp sẽ có thể được chia sẻ với chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần, Sở Dịch vụ Y tế và Sức khỏe Tâm thần Tiểu bang (State Departments of Health Services and Mental Health) và Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ (U.S. Department of Health and Human Services) (Thẩm quyền: Bộ luật Phúc lợi và Định chế, Mục 14100.2 (Welfare and Institutions Code, Section 14100.2))

CÁCH YÊU CẦU MỘT BUỔI ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG

Cách tốt nhất để yêu cầu một buổi điều trần là điền vào trang này.

Tạo một bản sao của mặt trước và mặt sau để quý vị lưu lại. Sau đó, gửi trang này đến:

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

Cách khác để yêu cầu một buổi điều trần là gọi đến số 1-800-952-5253. Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng TDD, vui lòng gọi số 1-800-952-8349.

YÊU CẦU ĐIỀU TRẦN

Tôi muốn một buổi điều trần vì một hành động có liên quan đến Medi-Cal của Chương trình Sức khỏe Tâm thần Quận Los Angeles (Mental Health Plan of Los Angeles County).

Đánh dấu vào đây nếu quý vị muốn một buổi điều trần cấp tốc cấp tiểu bang và bao gồm lý do bên dưới.

Đây là lý do tại sao: _____

Đánh dấu vào đây và thêm một trang nếu quý vị cần thêm khoảng trống.

Tên tôi: (chữ in) _____

Số An sinh Xã hội: _____

Địa chỉ của tôi: (chữ in) _____

Số điện thoại của tôi: () _____

Chữ ký của tôi: _____

Ngày: _____

Tôi cần một thông dịch viên miễn phí cho tôi. Ngôn ngữ hoặc phương ngữ của tôi là: _____

Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi tại buổi điều trần này. Tôi cho phép người này xem hồ sơ của tôi và đến dự buổi điều trần cho tôi.

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____