

برنامج "Medi-Cal" التخصصي للصحة النفسية
إخطار متعلق بالإجراء
(التقييم)

التاريخ: _____ الرقم التعريفي للعميل: _____
إلى: _____ رقم "Medi-Cal": _____

قررت خطة الصحة النفسية لمقاطعة لوس أنجلوس بعد مراجعة نتائج تقييم حالتك النفسية أن حالتك النفسية لا تستوفي معايير الضرورة الطبية لتكون مؤهلة للحصول على خدمات الصحة النفسية المتخصصة من خلال الخطة. ترى خطة الصحة النفسية أن حالتك الصحية النفسية لا تستوفي معايير الضرورة الطبية، التي تغطيها لوائح الولاية في الباب 9 من قانون لوائح كاليفورنيا (CCR)، القسم 1830.205، للسبب المبين أدناه:

- تشخيص صحتك النفسية كما حدده التقييم غير مشمول من قبل خطة الصحة النفسية (الباب 9 من قانون لوائح كاليفورنيا (CCR)، القسم 1830.205 (ب) (1)).
- حالتك الصحية النفسية لا تسبب لك مشاكل خطيرة كفاية في حياتك اليومية لجعلك مؤهلاً للحصول على خدمات الصحة النفسية المتخصصة من خطة الصحة النفسية (الباب 9 من قانون لوائح كاليفورنيا (CCR)، القسم 1830.205 (ب) (2)).
- من غير المحتمل أن تساعدك خدمات الصحة النفسية المتخصصة المتاحة في خطة الصحة النفسية على الحفاظ على حالتك النفسية أو تحسينها (الباب 9 من قانون لوائح كاليفورنيا (CCR)، القسم 1830.205 (ب) (3) (أ) و(ب)).
- من المحتمل أن تستجيب حالتك الصحية النفسية للعلاج من قبل الطبيب العام (الباب 9 من قانون لوائح كاليفورنيا (CCR)، القسم 1830.205 (ب) (3) (ج)).
- إذا كنت تتفق مع قرار الخطة وترغب في الحصول على معلومات حول كيفية العثور على مقدم رعاية خارج خطة علاجك، فيمكنك الاتصال بممثل خطة الصحة النفسية الخاصة بك والتحدث معه على الرقم 854-7771 (800) أو إرسال خطاب إلى:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

إذا كنت لا تتفق مع هذه القرارات، فيمكنك القيام بواحدة أو أكثر من الإجراءات التالية:

1. طلب ترتيب رأي ثانٍ حول حالتك الصحية النفسية من الخطة. وللقيام بذلك، يمكنك الاتصال بممثل خطة الصحة النفسية الخاصة بك والتحدث معه على الرقم 738-4949 (213) أو إرسال خطاب إلى:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

2. تقديم التماس إلى خطة الصحة النفسية الخاصة بك. وللقيام بذلك، فيمكنك الاتصال بممثل خطة الصحة النفسية الخاصة بك والتحدث معه على الرقم 738-4949 (213) أو إرسال خطاب إلى:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

أو اتباع التوجيهات الواردة في نشرة المعلومات التي قدمتها لك خطة الصحة النفسية. يجب تقديم الالتماس في غضون 90 يوم من تاريخ هذا الإخطار. في معظم الحالات، يجب أن تأخذ خطة الصحة النفسية قرارًا بشأن الالتماس خلال 30 يومًا من طلبك. يمكنك طلب التماس عاجل، والذي يجب أن يؤخذ قرار فيه خلال 72 ساعة إذا كنت تعتقد أن التأخير سوف يسبب مشاكل خطيرة على صحتك النفسية، بما في ذلك مشاكل في قدرتك على اكتساب أو الحفاظ على أو استعادة وظائف الحياة الهامة.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذا الإخطار، فيمكنك الاتصال بممثل خطة الصحة النفسية الخاصة بك والتحدث معه على الرقم 738-4949 (213) أو إرسال خطاب إلى:

Patients' Rights Office, 550 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90020 Attn: Beneficiary Services Program

إذا كنت غير راضي عن نتيجة الالتماس، فيمكنك طلب جلسة استماع من الولاية. وسيشرح الوجه الآخر من هذه الاستمارة كيفية القيام بطلب جلسة استماع.

أشهد أن المستفيد "Medi-Cal" قد تلقى النسخة الأصلية من الإخطار المتعلق بالإجراء (NOA-A) هذا، ونسخة من الوجه الخلفي للإخطار، ونسخة من إجراءات تقديم الشكاوى والاستئناف - دليل المستهلك. (دليل مقدم خدمات برنامج LACDMH Medi-Cal التخصصي للصحة النفسية لمقاطعة لوس أنجلوس، الطبعة الرابعة، يوليو 2009، القسم السادس عشر، ص. 1)

توقيع الموظف: _____
اسم الموظف المطبوع: _____ التاريخ: _____
اسم مقدم الخدمة: _____ رقم المقدم: _____

حقوق جلسة الاستماع الخاصة بك

لديك 90 يومًا فقط لطلب جلسة استماع. وتبدأ فترة الـ 90 يوم إما:

1. في اليوم التالي لليوم الذي أعطيناك فيه شخصيًا إشعار قرار الاستئناف الخاص بخطة الصحة النفسية، أو
2. في اليوم التالي لتاريخ الختم البريدي لإشعار قرار الاستئناف هذا لخطة الصحة النفسية.

جلسات الاستماع العاجلة من الولاية

عادة ما يستغرق الأمر حوالي 90 يومًا من تاريخ طلبك لاتخاذ قرار بشأن جلسة الاستماع. إذا كنت تعتقد أن هذا التوقيت سوف يسبب مشاكل خطيرة على صحتك النفسية، بما في ذلك مشاكل في قدرتك على اكتساب أو الحفاظ على أو استعادة وظائف الحياة الهامة، يمكنك طلب جلسة استماع عاجلة من الولاية. **لطلب جلسة استماع عاجلة، يرجى وضع علامة صواب في المربع الأول في العمود الأيسر من هذه الصفحة تحت "طلب جلسة استماع"** وقم بتوضيح السبب الذي يدفعك لطلب جلسة استماع عاجلة. إذا تمت الموافقة على طلب جلسة الاستماع العاجلة، سيتم إصدار قرار بشأن جلسة الاستماع خلال ثلاثة أيام عمل من تاريخ استلام طلبك من قبل شعبة State Hearings Division.

الحفاظ على نفس الخدمات أثناء انتظارك لجلسة الاستماع

- يجب عليك أن تطلب عقد جلسة استماع في غضون عشرة أيام من تاريخ إرسال إشعار قرار الاستئناف الخاص بخطة الصحة النفسية بالبريد أو من تاريخ تسلمه شخصيًا أو قبل تاريخ نفاذ التعبير في الخدمات، أيهما أبعد.
- ستبقى خدمات "Medi-Cal" للصحة النفسية كما هي حتى يتم اتخاذ قرار نهائي بشأن جلسة الاستماع معاكس لك، أو سحب طلب جلسة الاستماع، أو انتهاء مدة أو حدوج الخدمات الحالية، أيهما يأتي أولاً.

لوائح الولاية المتاحة

تتوفر لوائح الولاية، بما في ذلك تلك التي تغطي جلسات الاستماع من الولاية، في مكتب الرعاية المحلية بالمقاطعة.

للحصول على مساعدة

يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية في مكتب المساعدة القانونية المحلي أو غيره من المجموعات. ويمكنك أن تسأل عن حقوق جلسة الاستماع الخاصة بك أو المساعدة القانونية المجانية من وحدة الاستفسار والاستجابة العامة:
اتصل بالرقم المجاني: 1-800-952-5253
إذا كنت أصم وتستخدم جهاز اتصال للصم (TDD)، اتصل بالرقم:
1-800-952-8349

ممثّل مفوض

يمكنك تمثيل نفسك في جلسة الاستماع من الولاية. كما يمكن أيضًا تمثيلك من قبل صديق أو محام أو أي شخص آخر تختاره. يجب عليك ترتيب هذا الممثل بنفسك.

إشعار قانون ممارسات المعلومات (القسم 1798 من القانون المدني في كاليفورنيا، وما يليه) المعلومات التي طلب منك تقديمها في هذه الاستمارة مطلوبة لمعالجة طلب جلسة الاستماع الخاصة بك. قد تتأخر المعالجة إذا كانت المعلومات غير كاملة. وستقوم شعبة State Hearings Division of the Department of Social Services بإعداد ملف القضية. لديك الحق في فحص المواد التي تشكل السجل لاتخاذ القرار ويمكن تحديد موقع هذا السجل عن طريق الاتصال بوحدة الاستفسار والاستجابة العامة (رقم الهاتف الموضح أعلاه). يمكن مشاركة أي معلومات تقدمها مع خطة الصحة النفسية، State Departments of Health Services and Mental Health ومع U.S. Department of Health and Human Services (سلطة: Welfare and Institutions Code ، القسم 14100.2)

كيفية طلب جلسة استماع من الولاية

إن أفضل طريقة لطلب جلسة استماع هي ملء هذه الصفحة. قم بعمل نسخة من الوجيهين الأمامي والخلفي واحفظهم في سجلاتك. ثم أرسل هذه الصفحة إلى:

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

طريقة أخرى لطلب جلسة استماع هي عبر الاتصال بالرقم 1-800-952-5253 أو إذا كنت أصم وتستخدم جهاز اتصال للصم (TDD)، اتصل بالرقم 1-800-952-8349

طلب جلسة استماع

أود طلب جلسة استماع بسبب إجراء متعلقة بـ "Medi-Cal" من قبل خطة الصحة النفسية لمقاطعة لوس أنجلوس.

[] ضع علامة صواب هنا إذا كنت ترغب في جلسة استماع عاجلة من الولاية وقم بذكر السبب الذي يدفعك لذلك أدناه.

إليك السبب:

[] ضع علامة صواب هنا وأضف صفحة إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر.

اسمي: (مطبوع)

رقم الضمان الاجتماعي:

عنواني: (مطبوع)

رقم هاتفي: ()

توقيعي:

التاريخ:

أحتاج إلى مترجم دون فرض أي تكلفة عليّ. لغتي أو لهجتي هي:

أريد أن يمثلني الشخص المذكور أدناه يمثلني في جلسة الاستماع هذه. أعطي إذن لهذا الشخص لرؤية سجلاتي والذهاب إلى جلسة الاستماع نيابة عني.

الاسم:

العنوان:

رقم الهاتف: