

**Chương trình Sức khỏe Tâm thần Chuyên khoa Medi-Cal
THÔNG BÁO HÀNH ĐỘNG
(Đánh giá)**

Ngày: _____ ID Khách hàng # _____

Gửi đến: _____ Số Medi-Cal: _____

Sau khi xem xét kết quả đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị, chương trình sức khỏe tâm thần Quận Los Angeles đã quyết định rằng tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế để hội đủ điều kiện nhận được các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa thông qua chương trình. Theo ý kiến của chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần, tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không đáp ứng các tiêu chí cần thiết về mặt y tế, được quy định trong các điều lệ của tiểu bang tại Tiêu đề 9, Bộ Pháp điển về các Quy định của Bang California, Mục 1830.205 (Title 9, California's Code of Regulations (CCR), Section 1830.205) vì lý do được đánh dấu dưới đây:

- Chẩn đoán sức khỏe tâm thần của quý vị như xác định qua sự đánh giá không được đề cập trong chương trình sức khỏe tâm thần (Tiêu đề 9, CCR, Mục 1830.205 (b)(1)).
- Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị không gây ra những vấn đề nghiêm trọng cho quý vị trong cuộc sống hàng ngày đến mức quý vị hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa từ chương trình sức khỏe tâm thần (Tiêu đề 9, CCR, Mục 1830.205 (b)(2)).
- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần chuyên khoa có sẵn trong chương trình sức khỏe tâm thần không chắc chắn sẽ giúp quý vị duy trì hoặc cải thiện tình trạng sức khỏe tâm thần của mình (Tiêu đề 9, CCR, Mục 1830.205 (b)(3)(A) và (B)).
- Tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị sẽ đáp ứng với sự điều trị bởi một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất (Tiêu đề 9, CCR, 1830.205 (b)(3)(C)).

Nếu quý vị đồng ý với quyết định của chương trình và muốn biết thông tin về cách tìm một nhà cung cấp bên ngoài chương trình để điều trị cho mình, quý vị có thể gọi điện và trao đổi với một đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị theo số (800) 854-7771 hoặc viết thư đến:

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

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chương trình, quý vị có thể thực hiện một hoặc những điều sau đây:

1. Yêu cầu chương trình đưa ra ý kiến lần hai về tình trạng sức khỏe tâm thần của quý vị. Để làm điều này, quý vị có thể gọi điện và trao đổi với một đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị theo số (213) 738-4949 hoặc viết thư đến:

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

2. Nộp đơn kháng cáo với chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị. Để làm điều này, quý vị có thể gọi điện và trao đổi với một đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị theo số (213) 738-4949 hoặc viết thư đến:

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

hoặc làm theo các chỉ dẫn trong cuốn thông tin mà chương trình sức khỏe tâm thần đã cung cấp cho quý vị. Quý vị phải nộp đơn kháng cáo trong vòng 90 ngày kể từ ngày ra thông báo này. Trong hầu hết các trường hợp, chương trình sức khỏe tâm thần phải đưa ra quyết định về kháng cáo của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị yêu cầu. Quý vị có thể yêu cầu một kháng cáo khẩn cấp, khi đó quyết định phải được đưa ra trong vòng 72 giờ nếu quý vị tin rằng sự trì hoãn sẽ gây ra những vấn đề nghiêm trọng đối với sức khỏe tâm thần của quý vị, bao gồm cả những vấn đề về khả năng đạt được, duy trì hoặc phục hồi các chức năng sống quan trọng.

Nếu có câu hỏi về thông báo này, quý vị có thể gọi điện và trao đổi với một đại diện của chương trình sức khỏe tâm thần của quý vị theo số (213) 738-4949 hoặc viết thư đến:

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

Nếu quý vị không hài lòng với kết quả kháng cáo, quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần của tiểu bang. Mặt sau của mẫu đơn này sẽ giải thích cách thức yêu cầu một phiên điều trần.

Tôi Xác nhận rằng Người thụ hưởng Medi-Cal đã nhận được Bản Gốc của Thông báo Hành động A (NOA-A) này, một bản sao NOA Mặt sau 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 thứ 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: _____

ID 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 chuyển cho quý vị thông báo về quyết định kháng cáo của chương trình sức khỏe tâm thần này, **HOẶC**
2. ngày trên dấu 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 tới 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 nguyên 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 chuyển 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 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.

Làm 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 trang nếu quý vị cần thêm khoảng trống.

Tên tôi: (chữ in) _____

Số An sinh Xã hội của tôi: _____

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: _____