

# DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH



## AVISO DE ACCION (Falta De Servicio Oportuno: NOA-E)

Fecha: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_, Numero Medi-Cal \_\_\_\_\_

El departamento del condado del San Bernardino de la salud del comportamiento no ha proporcionado servicios dentro de \_\_\_\_\_ días laborables de la fecha de la petición inicial del servicio

Nuestros expedientes demuestran que solicitaste servicios, o los servicios fueron solicitados en tu favor encendido: \_\_\_\_\_

Los servicios siguientes fueron solicitados por ti o en tu favor:

---

---

---

Estamos apesadumbrados para retrasamos en el abastecimiento de servicios oportunos. Estamos trabajando en tu petición y esperanza de proveer de ti los servicios solicitados pronto.

**Puedes solicitar una audiencia del estado para considerar la razón del retrasas.**

El otro lado de esta forma explica cómo solicitar una audiencia del estado.

Este aviso se requiere conforme al Título 42, Código de Regulaciones Federales, Parte 438, Subpart F.

**SUS DERECHOS de la AUDIENCIA**

Usted tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan uno de los dos: 1. El día después de que personalmente le dimos el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental, o 2. El día después de la fecha del sello postal del aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental.

**Audiencias Estatales Expeditivas (Apresuradas)**

Normalmente toma aproximadamente 90 días de la fecha de su petición hacer una decisión de audiencia. Si piensa que éste tiempo causará problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su habilidad de progresar, mantener o recobrar funciones importantes de la vida, puede pedir una audiencia estatal apresurada. **Para pedir audiencia apresurada, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo PEDIR AUDIENCIA e incluya la razón porqué pide una audiencia apresurada.** Si su petición de audiencia apresurada se aprueba, se emitirá una decisión de audiencia dentro de tres días laborales de la fecha que su petición es recibida por State Hearings Division.

**Para Mantener Sus Mismos Servicios Mientras espera Una Audiencia**

- Debe pedir una audiencia dentro de 10 días de la fecha en que se le mandó por correo el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental o personalmente dado a usted o antes de la fecha vigente del cambio en servicios, o lo que sea más tarde.
- Sus servicios de Medi-Cal de salud mental se quedarán igual hasta que se haga una decisión final de la audiencia el cual está adverso a usted, usted retire su demanda por una audiencia, o el período de tiempo o límites de servicio por sus presentes servicios expire, cualquier de estos pase primero.

**Reglamentos Estatales Disponibles**

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren audiencias estatales, están disponibles en su oficina local del welfare del condado.

**Para Obtener Ayuda**

Puede obtener ayuda legal gratis en la oficina de ayuda legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o ayuda legal gratis a Public Inquiry and Response Unit:

Llame gratis a: 1-800-952-5253.  
Si está sordo y usa TDD, llame 1-800-952-8349

**Representante Autorizado**

Puede representarse así mismo en la audiencia estatal. Puede ser representado también por un amigo, un abogado o alguno otro que elija. Debe hacer arreglos para este representante usted.

**Information Practices Act Notice' (California Civil Code Section 1798, et. seq.)**

La información que se pide escribir en esta forma se necesita para procesar su petición de audiencia. Se retrasa el proceso si la información no es completa. Se establecerá un archivo de causa por State Hearings Division of the Department of Social Services. Tiene el derecho de examinar los materiales que componen el registro para decisión y puede localizar este registro con ponerse en contacto con el Public Inquiry and Response Unit (número de teléfono arriba). Cualquier información que provee se comparte con el plan de la salud mental, the State Departments of Health Services and Mental Health y con U.S. Department of Health and Human Services (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)

**COMO PEDIR Una AUDIENCIA ESTATAL**

**La mejor manera de pedir una audiencia es completar esta página. Haga una copia, frente e inverso para sus archivos. Envíe esta página a:**

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

Otra manera pedir que una audiencia es llamar 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llama 1-800-952-8349.

**PETICION PARA AUDIENCIA**

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por el Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

Cheque aquí si quiere que la audiencia estatal sea expeditiva (apresurada) e incluya la razón abajo.

**Aquí este porqué:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cheque aquí y agrega una pagina si tiene necesidad de más espacio.

**Mi nombre: (imprima)**

\_\_\_\_\_

**Mi Numero seguro social:**

**Mi Dirección: (imprima):**

\_\_\_\_\_

**Mi número telefónico:**

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

**Mi firma:**

\_\_\_\_\_

**Fecha:**

Requiero un intérprete sin ningún costo a mí. Mi idioma o dialecto es

\_\_\_\_\_

Quiero que la persona quien nombro abajo me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis archivos y venir a la audiencia por mí.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número del teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_