303 E. Vanderbilt Way San Bernardino | (909) 388-0900

[***www.SBCounty.gov***](http://www.SBCounty.gov/)

# “您的权利”附件（不利福利裁定通知）

# 您在 Medi-Cal 计划下的权利

如果您需要向 *the Plan* 索取本通知和/或其他文件的大字体、盲文或电子格式等其他通信格式，或者您希望他人帮助读出材料，请拨打 *1 (888) 743-1478* 联系 *the San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH, also referred to as the Plan throughout this document)*。

# 如果您不同意为您的心理健康或滥用药物治疗做出的决议，您可以提出上诉。您可以向 *YOUR PLAN* 提起本上诉。

**如何提出上诉**

自“不利福利裁定通知”函之日起，您有 **60 天**的时间提出上诉。**如果您目前正在接受治疗并且想继续接受治疗，您必须在本函日期之后的 10 天内**或 *YOUR PLAN*称将终止服务之日前申请上诉。提出上诉时，您必须表示自己想继续接受治疗。

您可以通过电话或书面形式提出上诉。如果通过电话上诉，您随后必须提供经书面签字的上诉书。如果您需要帮助，*The Plan* 将免费为您提供帮助。

* 通过电话上诉：请致电 *the DBH Access Unit*，工作时间：*24 hours a day, 7 days a week，*电话：*1 (888) 743-1478*。或者，如果您有听力或言语障碍，请拨打 **TTY/TTD** *7-1-1*，工作时间：*24 hours a day, 7 days a week*。
* 通过书面形式上诉：填写上诉表，或给您的健康计划撰写一封信函，将其寄送至：

***San Bernardino County***

***Department of Behavioral Health***

***Attn: Access Unit***

***303 E. Vanderbilt Way***

***San Bernardino, CA 92415***

上诉表可从您的服务提供者处获取。*The DBH Access Unit* 也可以将表寄送给您。

您可以亲自提出上诉。或者，您可以让他人代您提出上诉，如亲朋好友、（残疾人士）倡权人、服务提供者或代理律师。此人称为“授权代表”。您可以寄送您想让 *the Plan* 审核的任何类型的信息。您的上诉申请将由另一名服务提供者审核，而非做出首次决议的人士。

*Your Plan* 将在 30 天内答复您。届时，您将收到一封“上诉决议公告”函。该信函将告知您 *the Plan* 做出的决议。**如果您未在 30 天内收到** ***the Plan’s* 决议函，则您可以请求举行“州听证会”，由法官复审您的案件**。请阅读下方章节，了解如何请求举行州听证会。

# 加急上诉

如果您认为等待 30 天有损您的身体健康，则您可能会在 72 小时内收到答复。提出上诉时，需说明为何等待会有损您的身体健康。请确定您申请的是**“加急上诉”。**

# 州听证会

如果您已上诉并且收到了告知您 *your Plan* 仍不能提供服务的“上诉决议公告”函，或者**您从未收到告知您决议的信函而且时间已经过去了 30 天，**则您可以请求举行“州听证会”，由法官复审您的案件。您不必支付州听证会费用。

您必须自收到“上诉决议公告”函之日起 **120 天**内请求举行州听证会。您可以通过电话、电子方式或书面形式请求举行州听证会：

* 通过电话：请拨打 **1 (800) 952-5253**。如果您的听说能力不佳，请拨打 **TTY/TDD 1 (800) 952-8349。**
* 电子方式：您可以在线请求举行州听证会。请访问加利福尼亚州社会服务部 (California Department of Social Services) 网站填写电子表：<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
* 书面形式：填写州听证会表或寄信函至：

# California Department of Social Services State Hearings Division

**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37** **Sacramento, CA 94244-2430**

务必包含您的姓名、地址、电话号码、出生日期以及您希望举行州听证会的理由。如果有人帮您请求举行州听证会，须在表或信函中添加其姓名、地址和电话号码。如果您需要传译员，请告知我们您说的语言。您无需支付传译员费用。我们将为您安排一位传译员。

在您请求举行州听证会之后，可能最长需要 90 天才能判决您的案件并向您做出答复。如果您认为长时间等待有损您的身体健康，则您可能会在 3 个工作日内收到答复。您可以要求您的服务提供者或 *Plan* 为您写信，或者您也可以亲自写信。信函必须详细解释：为了获知您的案件判决结果而等待长达 90 天会怎样严重损害您的生命、身体健康或取得、保持或恢复最大身体机能的能力。然后，请求举行**“加急听证会”**并在信函中提出您的听证会请求。

# 授权代表

您可以亲自在州听证会上发言。或者，您可以让他人在听证会上代您发言，如亲朋好友、（残疾人士）倡权人、服务提供者或代理律师。如果您想让他人代您发言，则您必须告知州听证会办公室：您允许此人代您发言。此人称为“授权代表”。

# 法律援助

您可以获取免费的法律援助。您也可以拨打 1 (888) 804-3536 联系您所在县的法律援助计划。