**THÔNG BÁO QUYẾT ĐỊNH BẤT LỢI VỀ PHÚC LỢI**

**Liên Quan Đến Yêu Cầu Điều Trị Của Quý Vị**

#### THÔNG BÁO HỆ THỐNG CUNG CẤP DỊCH VỤ

#### Ngày

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tên người thụ hưởng* |  | *Tên đơn vị cung cấp dịch vụ điều trị* |
| *Địa chỉ* |  | *Địa chỉ* |
| *Thành phố, mã bưu chính* |  | *Thành phố, mã bưu chính* |

### Về việc: *Dịch vụ được yêu cầu*

Xin thông báo với quý vị,*Sở Sức khỏe Hành vi Quận San Bernardino (DBH, dưới đây gọi là Chương Trình)* nhận thấy với tình trạng sức khỏe tâm thần hiện tại, quý vị không đáp ứng các tiêu chuẩn cần thiết về y tế để nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa.

|  |
| --- |
| *1. Sử dụng ngôn ngữ đơn giản, trình bày mô tả về các tiêu chí hoặc hướng dẫn đã sử dụng, trong đó bao gồm việc trích dẫn các quy định cụ thể và có kế hoạch thực hiện các thủ tục ủy quyền để hỗ trợ hành động đó; và* |
| *2. Cung cấp lý do về mặt y học liên quan đến quyết định về nhu cầu y tế* |

Mặc dù quý vị không đủ điều kiện để được nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần chuyên khoa, tuy nhiên quý vị vẫn có thể tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần đa khoa từ *Chương Trình hoặc Tổ Chức Chăm Sóc Sức Khỏe phụ trách các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, đơn vị cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thể chất*. Quý vị có thể liên hệ theo *số điện thoại.*

Quý vị có thể khiếu nại nếu cảm thấy quyết định này không hợp lý. Hướng dẫn cách khiếu nại có trong tờ thông tin “Quyền Của Quý Vị” được đính kèm theo. Trong đó cũng sẽ cung cấp thông tin về các cơ quan có thể hỗ trợ quý vị trong việc khiếu nại. Do đó, quý vị có thể sẽ được hỗ trợ pháp lý miễn phí. Trong đơn khiếu nại quý vị nên gửi kèm các thông tin hoặc tài liệu có lợi cho khiếu nại của quý vị. Tờ thông tin “Quyền Của Quý Vị” sẽ cung cấp thông tin về các mốc thời gian mà quý vị cần tuân thủ khi gửi yêu cầu khiếu nại

Quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí bản sao của tất cả các thông tin làm cơ sở cho việc đưa ra quyết định này. Bao gồm bản sao quy định, quy trình hoặc tiêu chí mà chúng tôilấy làm căn cứ để đưa raquyết định của mình. Để gửi yêu cầu, quý vị vui lòng gọi*Phòng khám* theo *số điện thoại phòng khám,* HOẶC

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Bộ Phận Tiếp Nhận của DBH, số điện thoại 1 (888) 743-1478* |
|  | *Dịch Vụ Phục Hồi và Rối Loạn Sử Dụng Chất (SUDRS), số điện thoại 1 (800) 968-2636* |
| *24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần*. | |

Nếu quý vị hiện đang sử dụng dịch vụ và muốn tiếp tục sử dụng dịch vụ đó trong thời gian chúng tôi đưa ra quyết định về khiếu nại thì quý vị phải yêu cầu xử lý khiếu nại trong vòng mười (10) ngày kể từ ngày ghi trên thư này, hoặc trước ngày ngừng hoặc giảm các dịch vụ theo chương trình chăm sóc sức khoẻ tâm thần của quý vị.

*Chương Trình* có thể hỗ trợ giải đáp những thắc mắc của quý vị về thông báo này. Để được hỗ trợ, quý vị có thể gọi *Bộ Phận Tiếp Nhận của DBH* *24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần* theo số *1 (888) 743-1478*. Nếu quý vị có khó khăn về nghe hoặc nói, vui lòng gọi số TTY/TTD *7-1-1*, *24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần* để được trợ giúp.

Nếu quý vị muốn nhận thông báo này và/hoặc các tài liệu khác của *Chương Trình* ở định dạng khác, chẳng hạn như phông chữ lớn, chữ nổi, bản điện tử, hoặc nếu quý vị cần hỗ trợ trong việc đọc tài liệu, vui lòng liên hệ *Bộ Phận Tiếp Nhận của DBH* qua số điện thoại *1 (888) 743-1478*.

Nếu Chương Trình không đáp ứng được nhu cầu của quý vị và/hoặc quý vị cần hỗ trợ thêm thì Văn Phòng Thanh Tra Dịch Vụ Chăm Sóc Do Chương Trình Medi-Cal Tiểu Bang Quản Lý có thể hỗ trợ để giải đáp mọi thắc mắc của quý vị.Quý vị có thể gọi từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 sáng đến 5:00 chiều (giờ PST), trừ ngày lễ, theo số 1 (888) 452-8609.

Thông báo này không ảnh hưởng đến các dịch vụ khác trong chương trình bảo hiểm Medi-Cal của quý vị.

|  |  |
| --- | --- |
| Tên Viết Hoa Của Người Được Ủy Quyền | Chữ Ký Của Người Được Ủy Quyền |

Đính kèm: ["Quyền Của Quý Vị" (NOABD)](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/9.-Your-Rights-Attachment-NOABD-QM024_E.docx)

[Thông Báo Cần Hỗ Trợ Về Ngôn Ngữ](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/14.-DBH-Language-Assistance-QM027_E.docx)

[Thông Báo Không Phân Biệt Đối Xử Với Người Thụ Hưởng](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/13.Beneficiary-Nondiscrimination-Notice-QM026_E.docx)