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

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

#### THÔNG BÁO SỬA ĐỔI

#### 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*

*Tên của người yêu cầu* đã yêu cầu *Sở Sức khỏe Hành vi Quận San Bernardino (DBH, dưới đây gọi là Chương Trình)*phê duyệt *Dịch vụ được yêu cầu.*

Chúng tôi không thể phê duyệt chương trình điều trị này như yêu cầu. Lý do là vì:

|  |
| --- |
| *1. Sử dụng ngôn ngữ đơn giản, giải thích rõ ràng và ngắn gọn về lý do đưa ra quyết định;* |
| *2. Mô tả về các tiêu chí hoặc hướng dẫn được sử dụng,* |
| *trong đó bao gồm việc trích dẫn các quy định và thủ tục ủy quyền cụ thể hỗ trợ hành động đó; và* |
| *3. Cung cấp lý do về mặt y học liên quan đến quyết định về nhu cầu y tế.* |

Thay vào đó, chúng tôi sẽ phê duyệt chương trình điều trị sau đây:*Dịch vụ hoặc thời hạn của dịch vụ được phê duyệt* *.*

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 trợ giúp, 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* bằng cách gọi *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)