**《不利福利裁定通知》**

**关于您的治疗请求**

#### 及时获取通知

#### 日期

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *受益人姓名* |  | *治疗方名称* |
| *地址* |  | *地址* |
| *城市、州、邮编* |  | *城市、州、邮编* |

### 回复：*所请求的服务*

*您或您的服务提供方[请求方]*已要求*圣贝纳迪诺县 (San Bernardino County) 行为健康部（Department of Behavioral Health，DBH,，在本文件的其他地方亦称为“计划”）*获取或批准*所请求的服务*。*计划或请求方名称*未在*若干个*工作日内提供服务。我们的记录显示，在*请求日期*当日，您已请求了服务或有人代您请求了服务。

我们对未能及时提供服务表达歉意。我们正在处理您的请求，并将很快为您提供*所请求的服务*。

您可以对该裁定提出上诉。随附的“您的权利”信息通知说明了提出上诉的方式，以及您可以从什么地方获得上诉帮助。这同时也说明您可以获得免费的法律援助。我们鼓励您将任何有助于您上诉的信息或文件连同上诉申请一起发送。随附的“您的权利”信息通知提供了您请求上诉时必须遵循的时间表。

*计划*能帮助您解答任何您对本通知存在的疑问。如需寻求帮助，您可以拨打 *1 (888) 743-1478* 联系 *DBH 访问单位（每周 7 天，每天 24 小时在线）*。如果您有言语或听力障碍，请拨打 TTY/TTD 号码 *7-1-1**（每周 7 天，每天 24 小时在线）*。

如果您需要向*计划*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的版本，或者您希望有人帮助读出材料内容，请拨打*1 (888) 743-1478* 联系 *DBH 访问单位*。

如果*计划*没有以您满意的方式为您提供帮助以及/或者您需要其他帮助，则州 Medi-Cal 管理式医疗监察专员办公室 (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office) 可以帮助您解答任何疑问。您可以在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00（太平洋标准时间）（节假日除外）拨打 1 (888) 452-8609 联系他们。

本通知不会对您的任何其他 Medi-Cal 服务造成影响。

|  |  |
| --- | --- |
| 授权人工整签名 | 授权人签名 |

随附文件： [“您的权利”（不利福利裁定通知）](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/9.-Your-Rights-Attachment-NOABD-QM024_E.docx)

 [语言协助标语](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/14.-DBH-Language-Assistance-QM027_E.docx)

 [受益人非歧视通知](http://wp.sbcounty.gov/dbh/wp-content/uploads/2019/06/13.Beneficiary-Nondiscrimination-Notice-QM026_E.docx)