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

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

#### THÔNG BÁO TIẾP NHẬN

#### 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*

*Quý vị hoặc đơn vị cung cấp dịch vụ của quý vị [Tên đơn vị cung cấp dịch vụ yêu cầu* đã yêu cầu *Sở Sức khỏe Hành vi Quận San Bernardino (DBH, dưới đây gọi là Chương Trình)*tiếp nhận hoặc phê duyệt Dịch vụ được yêu cầu. *Chương trình hoặc tên của đơn vị cung cấp dịch vụ yêu cầu* đã không cung cấp dịch vụ trong vòng *số* ngày làm việc. Hồ sơ của chúng tôi cho thấy quý vị đã gửi yêu cầu dịch vụ hoặc có người gửi yêu cầu dịch vụ cho quý vị*ngày gửi yêu cầu.*

Chúng tôi thành thật xin lỗi vì sự chậm trễ trong việc cung cấp các dịch vụ một cách kịp thời. Chúng tôi đang xử lý yêu cầu của quý vị và sẽ cung cấp *Dịch vụ được yêu cầu* cho quý vị trong thời gian sớm.

Quý vị có thể khiếu nại quyết định này. 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.

*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* 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)