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

**Về Trách Nhiệm Tài Chính Của Quý Vị**

#### THÔNG BÁO TRÁCH NHIỆM TÀI CHÍNH

#### 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*

Sở Sức khỏe Hành vi Quận San Bernardino (DBH, dưới đây gọi là Chương Trình)đã từ chối tranh chấp của quý vị về trách nhiệm tài chính liên quan đến *trình bày mô tả về trách nhiệm tài chính xảy ra tranh chấp (ví dụ: chia sẻ chi phí, đồng bảo hiểm hoặc các trách nhiệm khác)*. Lý do là vì:

*Sử dụng ngôn ngữ đơn giản, giải thích rõ ràng và ngắn gọn về lý do đưa ra quyết định từ chối. Nếu cần thêm thông tin thì cần làm rõ thông tin đó là gì và/hoặc cần phải thực hiện thêm bước gì*.

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, vui lòng gọi điện cho *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*. |

*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)