# 《不利福利裁定通知》

# 关于您的治疗请求

**拒绝通知**

#### 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*

*请求方名称*已要求*圣贝纳迪诺县 (San Bernardino County) 行为健康部（Departement of Behavioral Health，DBH，在本文件的其他地方亦称为“计划”）*批准*所请求的服务。*

该请求已被拒绝。拒绝原因为：

|  |
| --- |
| *1. 使用浅显易懂的语言，插入清楚、简洁的拒绝原因说明；* |
| *2. 关于使用到的标准或准则的说明，* |
| *包括对支持该行动的具体法规和授权程序的引用，以及* |
| *3. 关于医疗必要性决议的临床原因。* |

如果您认为该决议有误，您可对其进行上诉。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。

您可以免费索要用于做出该决议的所有信息的副本。这包括我们用于做出决议的准则、方案或标准的副本。索要副本，请拨打*诊所电话号码*联系*诊所*，或

|  |  |
| --- | --- |
|  | *拨打 1 (888) 743-1478 联系 DBH 访问单位* |
|  | *拨打 1 (800) 968-2636 联系物质使用障碍及康复服务处 (Substance Use Disorder and Recovery Services, SUDRS)* |
| *每周 7 天，每天 24 小时在线*。 | |

如果您当前正在享受服务，且您想在我们对您的上诉做出决议的期间继续享受该服务，请于本函日期起的十 (10) 天内或*计划*所称服务将终止或减少之日前提出上诉。

*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）

语言协助标语

受益人非歧视通知

# “您的权利”附件（不利福利裁定通知）

**您在 Medi-Cal 计划下的权利**

如果您需要向 *the Plan* 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，或者您希望他人帮助读出材料，请拨打 *1 (888) 743-1478* 联系 *the San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH, also referred to as the Plan throughout this document)*。

**如果您不同意为您的心理健康或滥用药物治疗做出的决议，您可以提出上诉。您可以向** *YOUR PLAN* **提起本上诉。**

**如何提出上诉**

自“不利福利裁定通知”函之日起，您有 **60 天**的时间提出上诉。**如果您目前正在接受治疗并且想继续接受治疗，您必须在本函日期之后的 10 天内**或 *YOUR PLAN*称将终止服务之日前申请上诉。提出上诉时，您必须表示自己想继续接受治疗。

您可以通过电话或书面形式提出上诉。如果通过电话上诉，您随后必须提供经书面签字的上诉书。如果您需要帮助，*The Plan* 将免费为您提供帮助。

* 通过电话上诉：请致电 *the DBH Access Unit*，工作时间：*24 hours a day, 7 days a week，*电话：*1 (888) 743-1478*。或者，如果您有听力或言语障碍，请拨打 **TTY/TTD** *7-1-1*，工作时间：*24 hours a day, 7 days a week*。
* 通过书面形式上诉：填写上诉表，或给您的健康计划撰写一封信函，将其寄送至：

***San Bernardino County***

***Department of Behavioral Health***

***Attn: Access Unit***

***303 E. Vanderbilt Way***

***San Bernardino, CA 92415***

上诉表可从您的服务提供者处获取。*The DBH Access Unit* 也可以将表寄送给您。

您可以亲自提出上诉。或者，您可以让他人代您提出上诉，如亲朋好友、（残疾人士）倡权人、服务提供者或代理律师。此人称为“授权代表”。您可以寄送您想让 *the Plan* 审核的任何类型的信息。您的上诉申请将由另一名服务提供者审核，而非做出首次决议的人士。

*Your Plan* 将在 30 天内答复您。届时，您将收到一封“上诉决议公告”函。该信函将告知您 *the Plan* 做出的决议。**如果您未在 30 天内收到** ***the Plan’s* 决议函，则您可以请求举行“州听证会”，由法官复审您的案件**。请阅读下方章节，了解如何请求举行州听证会。

**加急上诉**

如果您认为等待 30 天有损您的身体健康，则您可能会在 72 小时内收到答复。提出上诉时，需说明为何等待会有损您的身体健康。请确定您申请的是**“加急上诉”。**

**州听证会**

如果您已上诉并且收到了告知您 *your Plan* 仍不能提供服务的“上诉决议公告”函，或者**您从未收到告知您决议的信函而且时间已经过去了 30 天，**则您可以请求举行“州听证会”，由法官复审您的案件。您不必支付州听证会费用。

您必须自收到“上诉决议公告”函之日起 **120 天**内请求举行州听证会。在新冠肺炎 (COVID-19) 公共卫生紧急情况期间，请求举行州听证会的期限已**额外延长 120 天**。自 2020 年 3 月 1 日起至新冠肺炎公共卫生紧急状态结束期间，如果您收到“上诉决议公告”函，您必须在“上诉决议公告”发出之日起 **240 天**内请求举行州听证会。您可以通过电话、电子方式或书面形式请求举行州听证会：

* 通过电话：请拨打 **1 (800) 952-5253**。如果您的听说能力不佳，请拨打 **TTY/TDD 1 (800) 952-8349。**
* 电子方式：您可以在线请求举行州听证会。请访问加利福尼亚州社会服务部 (California Department of Social Services) 网站填写电子表：<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
* 书面形式：填写州听证会表或寄信函至：

**California Department of Social Services State Hearings Division**

**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37** **Sacramento, CA 94244-2430**

务必包含您的姓名、地址、电话号码、出生日期以及您希望举行州听证会的理由。如果有人帮您请求举行州听证会，须在表或信函中添加其姓名、地址和电话号码。如果您需要传译员，请告知我们您说的语言。您无需支付传译员费用。我们将为您安排一位传译员。

在您请求举行州听证会之后，可能最长需要 90 天才能判决您的案件并向您做出答复。如果您认为长时间等待有损您的身体健康，则您可能会在 3 个工作日内收到答复。您可以要求您的服务提供者或 *Plan* 为您写信，或者您也可以亲自写信。信函必须详细解释：为了获知您的案件判决结果而等待长达 90 天会怎样严重损害您的生命、身体健康或取得、保持或恢复最大身体机能的能力。然后，请求举行**“加急听证会”**并在信函中提出您的听证会请求。

**授权代表**

您可以亲自在州听证会上发言。或者，您可以让他人在听证会上代您发言，如亲朋好友、（残疾人士）倡权人、服务提供者或代理律师。如果您想让他人代您发言，则您必须告知州听证会办公室：您允许此人代您发言。此人称为“授权代表”。

**法律援助**

您可以获取免费的法律援助。您也可以拨打 1 (888) 804-3536 联系您所在县的法律援助计划。

Graphical user interface, application

Description automatically generated303 E. Vanderbilt Way San Bernardino | (909) 388-0900

[***www.SBCounty.gov***](http://www.SBCounty.gov/)

**受益人非歧视通知**

歧视属于违法行为。*The San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH, also referred to as the Plan throughout this document)* 遵守联邦民权法。*DBH* 不会出于种族、肤色、国籍、年龄、残障或生理性别而歧视、排挤或区别对待任何人。

*DBH* 提供：

* 免费的援助和服务给残疾人士，以帮助他们更好地沟通，如：
  + 合格的手语翻译
  + 其他格式的书面信息（大字印刷、音频、可访问的电子格式及其他格式）
* 向母语为非英语的人士提供免费的语言服务，如：
  + 合格的传译员
  + 用其他语言书写的信息

如果您需要这些服务，请致电 *the DBH Access Unit，工作时间：**24 hours a day, 7 days a week，*电话：*1 (888) 743-1478*。或者，如果您的听说能力不佳，请拨打 *7-1-1*。

**如何申诉**

如果您认为 *DBH* 因种族、肤色、国籍、年龄、残障或生理性别而未能提供这些服务，或以其他形式歧视您，您可以向 *the DBH Access Unit* 提出申诉。您可以通过电话、书面形式、亲身前往或电子方式提出申诉：

* 通过电话：请联系 *the DBH Access Unit，工作时间：24 hours a day, 7 days a week*，电话：*1 (888) 743-1478*。或者，如果您的听说能力不佳，请拨打 *7-1-1*。
* 书面形式：填写申诉表，或撰写一封信函，将其寄送至：

*San Bernardino County*

*Department of Behavioral Health*

*Attn: Access Unit*

*303 E. Vanderbilt Way*

*San Bernardino, CA 92415*

* 亲身前往：拜访您的服务提供者办公室或 *DBH*，告诉他们您想进行申诉。

**民权办公室**

您也可以通过电话、书面形式或电子方式向美国卫生及公众服务部 (Department of Health and Human Services) 民权办公室 (Office for Civil Rights) 发起民权投诉：

* 通过电话：请拨打 **1 (800) 368-1019**。如果您的听说能力不佳，请拨打

**TTY/TDD 1 (800) 537-7697**。

* 书面形式：填写投诉表或寄信函至：

**U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201**

投诉表可从以下网址获取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

* 电子方式：请浏览民权办公室门户网站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

**LANGUAGE TAGLINES**

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-743-1478 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-743-1478   
(TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-743-1478   
(TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711)։ Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ` Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր։ Զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711)։ Այդ ծառայություններն անվճար են։

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-743-1478   
(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**(Farsi) مطلب به زبان فارسی**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-743-1478 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-743-1478 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-743-1478   
(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ   
1-888-743-1478 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-743-1478   
(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-743-1478 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478  
(TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711).  
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-743-1478   
(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al   
1-888-743-1478 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa   
1-888-743-1478 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข   
1-888-743-1478 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số   
1-888-743-1478 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.