



تابچه خدمات اختلال سوء مصرف مواد مخدر MEDICAL برای اعضا  
آوریل 2020

هدف از تدوین این کتابچه راهنما، معرفی خدمات اختلال سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا است که از طریق شبکه‌ای جامع از مشارکت‌های دولتی و خصوصی ارائه می‌شوند.

اداره تضمین کیفیت  
QAOffice@acgov.org

# Language Assistance

---

## **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.

Please contact your established provider directly or to inquire about services call THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE at 1-844-682-7215 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE at 1-844-682-7215 (TTY: 711).

## **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo.

Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE al 1-844-682-7215 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE al 1-844-682-7215 (TTY: 711).

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ.

Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ở số 1-844-682-7215 (TTY: 711).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp

dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ở số 1-844-682-7215 (TTY: 711).

### **Tagalog (Tagalog/Filipino)**

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE sa 1-844-682-7215 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE sa 1-844-682-7215 (TTY: 711) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

### **한국어 (Korean)**

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-844-682-7215(TTY: 711)번으로 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-844-682-7215(TTY: 711)번으로 THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

### **繁體中文(Chinese)**

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言協助服務。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE，電話號碼：1-844-682-7215（TTY：711）。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。請直接與您的服務提供者聯繫，或

致電THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE, 電話號碼：  
1-844-682-7215 (TTY : 711) 。

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE 1-844-682-7215 համարով (հեռատիպ՝ 711):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել THE 24 HOUR

TOLL-FREE HELPLINE 1-844-682-7215 համարով  
(հեռախոսիչ՝ 711): (Հեռախոսիչ՝ 711):

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE по телефону 1-844-682-7215 (телетайп: 711).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE по телефону 1-844-682-7215 (телетайп: 711). (Телетайп: 711).

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند.

لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE به شماره 1-844-682-7215 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE به شماره 1-844-682-7215 (TTY:711) تماس بگیرید.

## **日本語 (Japanese)**

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。

ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには**THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE**、電話番号**1-844-682-7215 (TTY: 711)**までご連絡ください。

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料でご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるには**THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE**、電話番号**1-844-682-7215 (TTY: 711)**. (TTY: 711) までご連絡ください。

## **Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.

Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ntawm 1-844-682-7215 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam thiab khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ntawm 1-844-682-7215 (TTY: 711). (TTY: 711).

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ਨੂੰ 1-844-682-7215 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE ਨੂੰ 1-844-682-7215 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### العربية (Arabic)

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً.

يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-844-682-7215 (الهاتف النصي: 711).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجاناً عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-844-682-7215 (الهاتف النصي: 711).

### हिंदी (Hindi)

कृपया ध्यान दें: यदि आप कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो आपके लिये निःशुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

कृपया ध्यान दें: अतिरिक्त सहायता तथा सेवाएं, जिसमें अन्य के अलावा बड़े अक्षरों के दस्तावेज़ और वैकल्पिक प्रारूप भी शामिल हैं, अनुरोध करने पर निःशुल्क उपलब्ध कराई जाएंगी। कृपया अपने नियत प्रदाता से सीधे संपर्क करें अथवा सेवाओं के बारे में जानकारी हेतु ACBH ACCESS को 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาอื่น เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือหากต้องการสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ โปรดติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

โปรดทราบ: เรามีความช่วยเหลือและบริการเพิ่มเติม เช่น เอกสารพิมพ์ตัวใหญ่หรือในรูปแบบอื่นๆ ให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหากคุณแจ้งความประสงค์จะใช้ โปรดติดต่อผู้ให้บริการที่คุณใช้อยู่โดยตรงหรือสอบถามเกี่ยวกับบริการต่างๆ ได้โดยติดต่อ ACBH ACCESS ที่ 1-800-491-9099 (TTY: 711)

## ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាផ្សេងទៀត សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺអាចស្វែងរកបានសម្រាប់អ្នក។

សូមទាក់ទងដោយផ្ទាល់ទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវាដែលមានការទទួលស្គាល់របស់អ្នក ឬដើម្បីធ្វើការសាកសួរអំពីសេវាកម្មនានា

សូមទូរសព្ទទៅ **THE 24 HOUR TOLL-FREE HELPLINE** តាមរយៈលេខ

**1-844-682-7215 (TTY: 711)។**



## فهرست مطالب

19

### اطلاعات کلی

Error! Bookmark not defined.

#### خدمات اورژانس

- 20 اگر فکر خودکشی به ذهنم خطور کرد، با چه کسی تماس بگیرم؟
- 20 چرا خواندن این کتابچه حائز اهمیت است؟
- 21 به عنوان یک عضو طرح سلامت رفتار شهر آلامدا (BHP)، ACBH مسئولیت دارد تا...

اطلاعات برای اعضای که به مطالب به یک زبان دیگر نیاز دارند

22

- 23 اطلاعات برای اعضای که مشکل خواندن دارند
- 23 اطلاعات برای اعضای که ناتوانی شنوایی دارند
- 23 اطلاعات برای اعضای که ناتوانی بینایی دارند

24

### اعلامیه مربوط به روش‌های حفظ حریم خصوصی

25

هدف از این اعلامیه

25

مسئولیت ما

- 25 تحت چه شرایطی ممکن است اطلاعات مربوط به سلامتی شما را استفاده نموده و آنها را افشا کنیم

25

اطلاعاتی که لازم نیست برای افشای آنها، نظر موافق یا مخالف شما را جویا شویم

27

- 30 افشا تنها پس از دادن فرصت موافقت یا مخالفت به شما

31

حقوق شما در خصوص اطلاعات مربوط به سلامتی‌تان

34

تغییرات در این اعلامیه

34

شکایات

- 37 اگر احساس کنم مورد تبعیض قرار گرفته‌ام، با چه کسی تماس بگیرم؟

38

خدمات DMC-ODS چیست؟

39

شرح خدمات

46

### ضرورت پزشکی

- 46 ضرورت پزشکی چیست و چرا بسیار اهمیت دارد؟
- معیار "ضرورت پزشکی" برای پوشش خدمات درمان اختلال سوء مصرف مواد چیست؟
- 46

- 48 انتخاب یک ارائه دهنده
- چگونه می‌توانم یک ارائه دهنده برای خدمات درمان اختلال سوء مصرف مواد موردنیاز خود پیدا کنم؟
- 48 پس از یافتن ارائه دهنده، آیا BHP می‌تواند به ارائه دهنده بگوید که چه خدماتی دریافت کنم؟
- 48 برنامه DMC-ODS من از کدام ارائه دهندگان بهره می‌برد؟
- 49 اعلامیه حکم قطع مزایا
- 50 اعلامیه حکم قطع مزایا چیست؟
- 50 چه زمانی اعلامیه حکم قطع مزایا دریافت خواهم کرد؟
- 50 آیا همیشه اعلامیه حکم قطع مزایا دریافت خواهم نمود؟
- 51 اعلامیه حکم قطع مزایا چه چیزی به من خواهد گفت؟
- 51 هنگام دریافت اعلامیه حکم قطع مزایا چه کار باید انجام دهم؟
- 53 روندهای حل مشکل
- چه می‌شود اگر خدماتی که می‌خواهم را از برنامه DMC-ODS شهر دریافت نکنم؟
- 53 آیا می‌توانم برای تسلیم درخواست تجدیدنظر، شکایت یا درخواست دادرسی ایالتی کمک بگیرم؟
- 53 چه می‌شود اگر برای حل یک مشکل مرتبط با برنامه DMC-ODS شهر به کمک نیاز داشته باشم اما نخواهم درخواست تجدیدنظر یا شکایت بدهم؟
- 54 روند طرح شکایت
- 55 شکایت چیست؟
- 55 چه زمانی می‌توانم شکایتم را تسلیم کنم؟
- 55 چگونه می‌توانم شکایتم را تسلیم کنم؟
- 56 چگونه متوجه شوم که BHP شکایت من را دریافت کرده است؟
- 56 چه زمانی در خصوص شکایت من تصمیم‌گیری خواهد شد؟
- چگونه متوجه شوم که BHP برای شکایت من تصمیم‌گیری نموده است؟
- 56 آیا مهلت زمانی معینی برای طرح شکایت وجود دارد؟
- 56

## 57 روند درخواست تجدیدنظر (استاندارد و فوری)

57 درخواست تجدیدنظر استاندارد چیست؟

58 چه زمانی می‌توانم درخواست تجدیدنظر دهم؟

58 چگونه می‌توانم درخواست تجدیدنظر دهم؟

چگونه متوجه شوم که در خصوص درخواست تجدیدنظر من تصمیم‌گیری شده است؟

59 آیا مهلت زمانی معینی برای درخواست تجدیدنظر وجود دارد؟

چه زمانی در خصوص درخواست تجدیدنظر من تصمیم‌گیری خواهد شد؟

59

اگر نتوانم 30 روز برای تصمیم‌گیری در خصوص درخواست

59 تجدیدنظرم منتظر بمانم چه می‌شود؟

## 60 درخواست تجدیدنظر فوری چیست؟

60 درخواست تجدیدنظر فوری چیست؟

## 60 روند دادرسی ایالتی

61 دادرسی ایالتی چیست؟

61 حقوق من در رابطه با دادرسی ایالتی چیست؟

61 چه زمانی می‌توانم دادرسی ایالتی را درخواست کنم؟

62 چگونه می‌توانم دادرسی ایالتی را درخواست کنم؟

62 آیا برای درخواست دادرسی ایالتی، مهلت زمانی وجود دارد؟

آیا هنگام انتظار برای حکم دادرسی ایالتی می‌توانم همچنان

62 خدمات را دریافت کنم؟

اگر نتوانم 90 روز برای حکم دادرسی ایالتی منتظر بمانم چه

63 می‌شود؟

## 64 اطلاعات مهم درباره برنامه **MEDI-CAL** ایالت کالیفرنیا

64 چه کسی می‌تواند Medi-Cal را دریافت کند؟

64 آیا باید هزینه Medi-Cal را بپردازم؟

65 آیا Medi-Cal حمل و نقل را پوشش می‌دهد؟

## 67 حقوق و مسئولیت‌های اعضا

67 حقوق من به عنوان دریافت کننده خدمات DMC-ODS چیست؟

مسئولیت‌های من به عنوان دریافت کننده خدمات DMC-ODS چیست؟

69

## 71 فهرست ارائه دهندگان

## 72 درخواست انتقال مراقبت

چه زمانی می‌توانم درخواست کنم تا ارائه دهنده قبلی خودم را

72 که اکنون از شبکه خارج شده حفظ کنم؟

- چگونه می‌توانم درخواست کنم ارائه دهنده از شبکه خارج شده ام  
72 را حفظ کنم؟
- چه می‌شود اگر بعد از انتقال به BHP به ملاقات با ارائه دهنده  
72 از شبکه خارج شده خودم ادامه دهم؟
- چرا BHP ممکن است درخواست انتقال مراقبت من را رد کند؟  
72 در صورت رد شدن درخواست انتقال مراقبت من چه می‌شود؟
- در صورت تأیید درخواست انتقال مراقبت من چه می‌شود؟  
73 با چه سرعتی به درخواست انتقال مراقبت من رسیدگی خواهد شد؟  
73 در پایان دوره انتقال مراقبت من چه اتفاقی رخ می‌دهد؟  
73

## اطلاعات کلی

به خدمات مراقبت‌های سلامت رفتاری آلامدا خوش آمدید

### شماره تلفن‌های مهم

|                |                                                                       |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 911            | شماره اورژانس                                                         |
| (844) 682-7215 | شماره تلفن 24 ساعته رایگان برای خدمات SUD                             |
| (510) 346-1000 | برنامه دسترسی به خدمات مراقبت سلامت رفتاری شهر آلامدا برای سلامت روان |
| (800) 491-9099 |                                                                       |
| (800) 779-0787 | اداره کمک به مصرف‌کنندگان                                             |
| (510) 835-2505 | حامیان حقوق بیماران                                                   |

### اصطلاحات به کار رفته در کتابچه:

|                                                                                                                                                                                                                                               |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| خدمات مراقبت Alameda County Behavioral Health (سلامت رفتاری شهر آلامدا)                                                                                                                                                                       | ACBH    |
| طرح سلامت رفتار - خدمات طبقه بندی شده ACBH برای اختلال سوء مصرف مواد و سلامت روان تخصصی که در قالب شبکه ای از برنامه‌ها و کلینیک‌های مستقر در شهرستان، سازمان‌های محلی طرف قرارداد، بیمارستان‌ها و یک شبکه ارائه دهنده چندمنظوره ارائه می‌شود | BHP     |
| سامانه دارورسانی سازمان یافته Medi-Cal                                                                                                                                                                                                        | DMC-ODS |
| آژانس خدمات اجتماعی (شهر آلامدا)                                                                                                                                                                                                              | SSA     |
| خدمات سلامت روان تخصصی                                                                                                                                                                                                                        | SMHS    |
| اختلال سوء مصرف مواد (خدمات)                                                                                                                                                                                                                  | SUD(s)  |

## خدمات اورژانس

خدمات اورژانس 24 ساعته شبانه روز، هفت روز هفته تحت پوشش است. اگر فکر می‌کنید که دچار وضعیت اضطراری مرتبط با سلامتتان هستید، برای دریافت کمک به شماره 911 زنگ زده و یا به نزدیک ترین اتاق اورژانس مراجعه کنید.

خدمات اورژانس خدماتی است که برای یک وضعیت پزشکی غیرمنتظره ارائه می‌شود، از جمله وضعیت روان پزشکی اضطراری.

منظور از وضعیت اورژانسی پزشکی حالتی است که علائم موجود، باعث بروز درد شدید یا بیماری یا آسیب جدی در شما گردد و به باور یک فرد عادی و محتاط (انسان مراقب و محتاط خارج از کادر پزشکی)، موارد ذیل در صورت عدم درمان محتمل است:

- سلامت شما در معرض خطر جدی قرار گیرد،
  - اگر باردار هستید، سلامت شما و فرزند متولد نشده‌تان در معرض خطر جدی قرار گیرد،
  - به عملکرد بدن‌تان صدمه جدی وارد شود، و
  - آسیب جدی به یک عضو یا قسمتی از بدن شما وارد شود.
- در موارد اضطراری، شما حق استفاده از هر بیمارستان را دارید. خدمات اورژانس هرگز نیاز به مجوز ندارند.

اگر فکر خودکشی به ذهنم خطور کرد، با چه کسی تماس بگیرم؟

اگر خودتان یا کسی که می‌شناسید دچار بحران شده است، لطفاً به **National Suicide Prevention Lifeline** (شماره تلفن ملی پیشگیری از خودکشی) **1-800-273-TALK (8255)** تماس بگیرید.

برای ساکنان محلی دچار بحران که به دنبال کمک و دسترسی به برنامه‌های سلامت روان محلی هستند، لطفاً با **Crisis Support Services of Alameda County** (خدمات پشتیبانی بحران شهر آلامدا) به شماره **1-800-273-8255** تماس بگیرید.

چرا خواندن این کتابچه حائز اهمیت است؟

مأموریت ما ارائه خدمات مراقبت سلامت به صورت یکپارچه از طریق شبکه‌ای جامع از شرکای دولتی و خصوصی است که سلامت و رفاه بهینه را تضمین نموده و به تفاوت کلیه ساکنان احترام می‌گذارند. شما این کتابچه را دریافت نموده اید زیرا واجد شرایط Medi-Cal هستید و لازم است اطلاعات بیشتری در مورد خدمات اختلال سوء مصرف مواد (SUDها) مورد ارائه توسط شهر آلامدا و نحوه دسترسی به این خدمات کسب نمایید.

اگر درحال حاضر خدمات Alameda County Behavioral Health (سلامت رفتاری شهر آلامدا - ACBH) را دریافت می‌کنید، این کتابچه به شما اطلاعات بیشتری را در خصوص نحوه عملکرد خدمات سلامت روان تخصصی ACBH (SMHS) ارائه خواهد نمود. این کتابچه شما را در خصوص خدمات سلامت روان مطلع می‌سازد، اما خدماتی را که دریافت می‌کنید تغییر نمی‌دهد. ممکن است برای رجوع به خدمات ارائه شده ما در آینده، بخواهید این کتابچه را نزد خود نگه دارید.

اگر درحال حاضر این خدمات را دریافت نمی‌کنید، می‌توانید این کتابچه را پیش خود نگه دارید، زیرا ممکن است خودتان یا دیگران در آینده به اطلاعات مربوط به خدمات اختلال سوء مصرف مواد ما نیاز داشته باشد.

این کتابچه در خصوص خدمات اختلال سوء مصرف مواد، امکان دریافت این خدمات و نحوه کمک گرفتن از خدمات مراقبت Alameda County Behavioral Health (سلامت رفتاری شهر آلامدا)، به شما اطلاعاتی را ارائه می‌کند.

لازم است نحوه کار طرح «نظام دارورسانی سازمان یافته Medi-Cal» (DMC-ODS) را درک کنید تا بتوانید از مراقبت‌های مورد نیازتان برخوردار شوید. این کتابچه در خصوص مزایا و نحوه دریافت مراقبت‌ها توضیحاتی ارائه می‌کند. همچنین به بسیاری از سؤالات شما پاسخ می‌دهد.

شما یاد خواهید گرفت:

- چگونه خدمات درمان اختلال سوء مصرف مواد (SUD) را از طریق طرح DMC-ODS شهرتان دریافت کنید؛
- به چه مزایایی دسترسی دارید؛
- در صورت داشتن هرگونه سؤال یا مشکلی چه کنید؛

- حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از طرح DMC-ODS شهرتان شامل چه مواردی است.

اگر اکنون این کتابچه را مطالعه نمی‌کنید، آن را نزد خود نگه دارید تا بتوانید در آینده آن را بخوانید.

از این کتابچه در کنار کتابچه مخصوص اعضا که هنگام ثبت نام برای مزایای Medi-Cal فعلی دریافت کرده اید استفاده کنید. این مزایا می‌تواند شامل طرح مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal یا برنامه معمولی "هزینه خدمات" Medi-Cal باشد.

برای شما به عنوان عضوی از طرح سلامت رفتار شهر آلامدا (BHP)، ACBH دارای مسئولیت‌های ذیل است:

- تشخیص اینکه آیا شما برای دریافت خدمات DMC-ODS از شهر یا شبکه ارائه دهندگان واجد شرایط هستید؛
- هماهنگی مراقبت‌های شما
- ارائه یک شماره تلفن رایگان که 24 ساعت شبانه روز، هفت روز هفته پاسخگو باشد و به شما نحوه دریافت خدمات از BHP را بگوید. همچنین می‌توانید با این شماره با BHP تماس بگیرید و مراقبت‌های بعد از ساعات اداری را درخواست کنید.
- داشتن ارائه دهندگان کافی برای اطمینان از اینکه بتوانید خدمات درمانی SUD تحت پوشش BHP را در صورت نیاز دریافت کنید.
- اطلاع‌رسانی و آموزش در خصوص خدمات در دسترس
- ارائه خدمات به زبان خودتان یا توسط مترجم (در صورت نیاز) به صورت رایگان و اطلاع‌رسانی به شما در خصوص موجود بودن خدمات ترجمه
- ارائه اطلاعات کتبی به شما در خصوص خدمات در دسترس در دیگر زبان‌ها یا قالب‌های جایگزین. اگر این کتابچه یا سایر جزوات کتبی را در قالب‌های جایگزین مانند چاپی با حروف بزرگ، بریل یا صوتی می‌خواهید، لطفاً با شماره تلفن 24 ساعته خدمات SUD به شماره (844) 7215 تماس بگیرید.

- اعلام هرگونه تغییر مهم در اطلاعات این کتابچه به شما حداقل 30 روز قبل از تاریخ اثرگذاری تغییر موردنظر. تغییری مهم در نظر گرفته می‌شود که میزان یا نوع خدمات را افزایش یا کاهش دهد و یا هنگامی که تعداد ارائه دهندگان شبکه کاهش یابد و یا هرگونه تغییر دیگری که بر مزایایی که از طریق BHP دریافت می‌کنید اثر بگذارد.

- اطلاع‌رسانی به شما در صورتی که یک ارائه دهنده طرف قرارداد، بنا بر دلایل اخلاقی یا مذهبی، از انجام یا پشتیبانی خدمات تحت پوشش سرباز زند و معرفی آن دسته از ارائه دهندگان جایگزین که خدمات تحت پوشش را ارائه می‌کنند.

- در صورتی که تغییر ارائه دهنده باعث آسیب زدن به سلامتتان شود یا خطر بستری شدن شما را افزایش دهد، اطمینان از اینکه به ارائه دهنده قبلی و خارج شده از شبکه برای مدتی معین دسترسی دارید.

اطلاعات برای اعضای که به مطالب جدید به یک زبان دیگر نیاز دارند

اگر این کتابچه یا سایر جزوات کتبی را به زبانی غیر از انگلیسی می‌خواهید، با شماره رایگان 24 ساعته شهر آلامدا برای خدمات SUD به شماره 682-7215 (844) تماس بگیرید. این اطلاعات به زبان‌های ذیل در دسترس هستند:

- **Spanish:**

Este folleto está disponible en Español

- **Vietnamese:**

Tập sách này có bằng tiếng Việt

- **Korean:**

이 책자는 한국어로 제공됩니다.

- **Chinese (Traditional):**

這本手冊有中文版

- **Chinese (Simplified):**

这本手册有中文版

- **(Farsi):**

فارسی

این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.

- **Tagalog (Tagalog/Filipino):**

Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.

اطلاعات برای اعضای که مشکل خواندن دارند

به منظور کمک گرفتن برای خواندن مطالب **BHP**، با شماره رایگان 24 ساعته شهر آلامدا برای خدمات SUD به شماره (844) 682-7215 تماس بگیرید.

اطلاعات برای اعضای که ناتوانی شنوایی دارند

لطفاً با کمک سرویس رله کالیفرنیا به شماره 711 با **BHP** تماس بگیرید.

اطلاعات برای اعضای که ناتوانی بینایی دارند

لطفاً با شماره رایگان 24 ساعته شهر آلامدا برای خدمات SUD به شماره (844) 682-7215 تماس بگیرید تا به منابع مخصوص اعضای دچار ناتوانی بینایی دسترسی پیدا کنید.

## اعلامیه مربوط به روش‌های حفظ حریم خصوصی

این اعلامیه نحوه استفاده و افشای اطلاعات سلامتی شما و نحوه دسترسی‌تان به این اطلاعات را توضیح می‌دهد.

لطفاً آن را با دقت مطالعه کنید.

در صورت داشتن هرگونه سؤال درخصوص این اعلامیه، لطفاً با ارائه دهنده مراقبت‌های درمانی یا آژانس خدمات مراقبت سلامت شهر آلامدا تماس بگیرید:

اداره سلامت نیازمندان: 618-3452 (510)

دفتر کمک به مصرف کننده خدمات مراقبت سلامت رفتاری:  
(800)779-0787

## هدف از این اعلامیه

این اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی آژانس خدمات مراقبت سلامت شهر آلامدا (ACHCSA)، بخش‌ها و برنامه‌های آن و افرادی را که در ارائه خدمات مراقبت سلامت درگیر هستند توضیح می‌دهد. این افراد متخصصان مراقبت سلامت و سایر افراد مجاز از طرف شهر آلامدا هستند که برای ارائه خدمات یا رعایت قوانین ایالتی و فدرال به اطلاعات سلامت شما دسترسی دارند.

متخصصان مراقبت سلامت و سایر افراد عبارتند از:

- متخصصان مراقبت سلامت جسمی (مانند پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها، دانشجویان پزشکی)؛
- متخصصان مراقبت سلامت رفتاری (مانند روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران دارای مجوزهای بالینی، درمانگران امور ازدواج و خانواده، تکنسین‌های روانپزشکی و پرستاران دارای کد تایید و کارورزان)؛
- سایر افرادی که در مراقبت از شما در این آژانس دخیل بوده یا با آژانس برای مراقبت از مددجویان همکاری می‌کنند، از جمله کارکنان ACHCSA و سایر پرسنل که امور مربوط به مراقبت سلامت شما را انجام می‌دهند.

این افراد ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را با هم‌دیگر و یا با سایر ارائه دهندگان مراقبت سلامت با هدف درمان، پرداخت یا انجام عملیات مراقبت سلامت، و نیز با افراد دیگر بنابر دلایلی که در این اعلامیه ذکر شده به اشتراک بگذارند.

## مسئولیت ما

اطلاعات مربوط به سلامت شما محرمانه بوده و طبق قوانین خاص محافظت می‌شوند. مسئولیت ما این است که از این اطلاعات طبق قوانین ذکر شده محافظت کنیم و وظایف حقوقی و روش‌های حفظ

حریم شخصی خود را همراه با این اعلامیه به شما ارائه کنیم. همچنین ما مسئولیت داریم تا از شروط مندرج در این اعلامیه پیروی کنیم.

این اعلامیه

- مواردی را شناسایی می‌کند که طی آن ممکن است اطلاعات شما بدون تأییدیه کتبی قبلی شما مورد استفاده و افشا قرار گیرد؛
- شرایطی را شناسایی می‌کند که طی آن شما فرصت موافقت یا مخالفت با استفاده یا افشای اطلاعاتتان را پیدا می‌کنید.
- به شما توصیه می‌کند که تنها در صورت اجازه کتبی شما، موارد بیشتری از افشای اطلاعات شما رخ خواهد داد.
- شما را از حقوقتان در رابطه با سلامت فردیتان مطلع می‌سازد.

تحت چه شرایطی ممکن است ما اطلاعات مربوط به سلامتی شما را استفاده نموده و آنها را افشا کنیم

موارد کاربرد و افشای اطلاعات سلامتی را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد. این دسته بندی‌ها با توضیحات و چند نمونه در ذیل ارائه شده‌اند. البته تمام موارد را نمی‌توان لیست کرد اما همه موارد جزو یکی از دسته بندی‌های ذیل قرار می‌گیرند.

- **درمان.** ما می‌توانیم اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای درمان پزشکی یا سایر خدمات سلامتی به شما استفاده نموده و یا به اشتراک بگذاریم. اصطلاح «درمان پزشکی» شامل درمان مراقبت سلامت فیزیکی و نیز «خدمات مراقبت سلامت رفتاری» (خدمات سلامت روان و خدمات درمان اعتیاد به الکل و یا سایر مواد) می‌باشد که ممکن است دریافت کنید. برای مثال، یک پزشک دارای مجوز می‌تواند از یک روانپزشک بخواهد تا در رابطه با داروهای احتمالی با شما ملاقات کند و ممکن است نظر خود را درخصوص درمان شما با وی در میان بگذارد. یا یکی از کارکنان ما ممکن است حکمی را برای انجام امور آزمایشگاهی یا ارجاع به پزشک برای معاینه فیزیکی آماده کند. اگر شما مراقبت

سلامت را از یک ارائه دهنده دیگر دریافت کنید، ممکن است ما اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای ارائه دهنده جدیدتان برای اهداف درمانی افشا کنیم.

- **پرداخت.** ما ممکن است برای ارائه صورتحساب به شما یا یک شرکت بیمه یا یک شخص ثالث برای پرداخت هزینه‌های درمان و خدماتی که به شما ارائه نموده‌ایم، اطلاعات سلامتی شما را استفاده کرده و یا به اشتراک بگذاریم. برای مثال ممکن است نیاز داشته باشیم اطلاعات مربوط به درمان یا مشاوره‌ای که در اینجا دریافت نموده‌اید را به طرح سلامت شما ارائه کنیم تا آنها هزینه‌ها را به ما پرداخت کنند یا هزینه‌های این خدمات را به شما برگردانند. همچنین ممکن است آنها را از درمان یا خدماتی مطلع سازیم که قصد داریم به شما ارائه کنیم تا تأییدیه قبلی را کسب نموده و یا تعیین کنیم که آیا طرح شما این درمان‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد یا خیر. اگر شما مراقبت سلامت را از یک ارائه دهنده دیگر دریافت کنید، ما ممکن است اطلاعات سلامتی شما را برای ارائه دهنده جدیدتان بنابر اهداف پرداختی افشا کنیم.

- **عملیات مراقبت سلامت:** ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای عملیات خودمان استفاده نموده و یا افشا کنیم. ممکن است قسمت‌های محدودی از اطلاعات سلامتی شما را در اختیار بخش‌های شهر آلامدا قرار دهیم، اما در حدی که برای انجام کارهای مهم در حمایت از عملیات‌های مراقبت سلامت‌مان لازم باشد. این موارد استفاده و افشا برای عملیات اداری آژانس خدمات مراقبت سلامت و اطمینان از این موضوع ضروری می‌باشد که همه مددجویان ما مراقبت‌های مناسبی دریافت می‌کنند. برای مثال، ممکن است از اطلاعات سلامتی شما استفاده کنیم تا:

- درمان‌ها و خدمات مان را بررسی کرده و عملکرد کارکنان مان در مراقبت از شما را ارزیابی کنیم.
- به تصمیم‌گیری در این خصوص کمک کنیم که چه خدمات دیگری را باید ارائه کنیم، چه خدماتی مورد نیاز نیست و آیا درمان‌های جدید مؤثر واقع می‌شود یا خیر.
- برای بررسی یا یادگیری فعالیت‌های پزشکان، پرستاران، پزشکان بالینی، تکنسین‌ها، سایر کارکنان

مراقبت سلامت، دانشجویان، کارورزان و سایر کارمندان آژانس.

- برای کمک به ما در مدیریت مالی و رعایت قوانین.
- اگر شما مراقبت سلامت را از یک ارائه دهنده دیگر دریافت کنید، ما ممکن است اطلاعات سلامتی شما را برای یک سری عملیات خاص مراقبت سلامت به ارائه دهنده جدیدتان افشا کنیم. به علاوه ممکن است اطلاعات مربوط به هویت شما را حذف کنیم تا دیگران بدون یادگیری هویت بیماران خاص به مطالعه مراقبت سلامت و ارائه آنها بپردازند.
- ما همچنین ممکن است اطلاعات پزشکی شما را با سایر ارائه دهندگان مراقبت سلامت، مراکز ارائه دهنده این مراقبت‌ها و طرح‌های سلامتی که با ما در «مراکز مراقبت سلامت سازمان یافته» (OHCAها) برای هر یک از عملیاتشان مشارکت دارند به اشتراک بگذاریم. OHCAها شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های پزشکی، طرح‌های سلامتی و سایر نهادهایی می‌شوند که بطور جمعی خدمات مراقبت سلامت را ارائه می‌کنند. شما می‌توانید لیست OHCAهایی که ما در آنها شرکت داریم را از شماره تلفن رایگان 24 ساعته دریافت کنید.

• **برگه ورود:** ممکن است با امضای شما هنگام ورود به دفترمان، اطلاعات پزشکی شما را استفاده کرده و افشا کنیم. همچنین ممکن است هنگامی که برای ملاقات با شما آماده هستیم، نام‌تان را صدا کنیم.

• **اطلاع‌رسانی و ارتباط با خانواده.** در صورت فوت، ممکن است برای اطلاع‌رسانی به یک عضو خانواده، نماینده شخصی شما یا یک فرد دیگر که مسئول مراقبت از شماست، اطلاعات مربوط به سلامتی، محل اقامت و شرایط کلی‌تان را افشا کنیم، مگر اینکه خلاف آن را دستور داده باشید. در صورت بروز فاجعه، ممکن است اطلاعات را برای یک سازمان امدادرسانی افشا کنیم تا بتوانند این اطلاع‌رسانی‌ها را هماهنگ کنند. همچنین ممکن است اطلاعات را برای فردی افشا کنیم که در مراقبت از شما دخیل است یا به پرداخت هزینه مراقبت شما کمک می‌کند. اگر شما قادر به موافقت یا مخالفت می‌باشید و یا در دسترس هستید، ما به شما

فرصت مخالفت قبلی با این افشاها را می‌دهیم، اگرچه ممکن است در صورت بروز فاجعه و بنا بر ضرورت شرایط اضطراری، این اطلاعات را حتی در صورت مخالفت شما افشا کنیم. اگر شما قادر به موافقت یا مخالفت نیستید و یا در دسترس نمی‌باشید، متخصصان سلامت ما بنابر قضاوت خود با خانواده شما و سایرین ارتباط برقرار می‌کنند.

## اطلاعاتی که لازم نیست برای افشای آنها، نظر موافق یا مخالف شما را جویا شویم

علاوه بر شرایط فوق، قانون به ما اجازه می‌دهد تا اطلاعات سلامتی شما را بدون کسب اجازه قبلی شما به اشتراک بگذاریم. این شرایط در ذیل توضیح داده شده‌اند.

- **مطابق با قانون.** ما اطلاعات سلامت شما را، زمانی که طبق قانون فدرالی، ایالتی یا محلی لازم است، افشا می‌کنیم. برای مثال، این اطلاعات لازم است برای وزارت بهداشت و خدمات انسانی افشا شوند تا اطمینان حاصل شود که حقوق شما نقض نشده است.

- **احتمال سوءاستفاده یا غفلت.** ما اطلاعات سلامتی شما را به آژانس‌های مربوطه افشا خواهیم نمود در مواردی که به احتمال سوءاستفاده یا غفلت یک کودک، فرد مسن و یا نیازمند مرتبط باشد، اگر زیر سن قانونی نباشید، اگر قربانی سوءاستفاده، غفلت و یا خشونت خانگی باشید و یا با افشای اطلاعات موافقت کرده باشید و یا به موجب قانون ما این اطلاعات را افشا کنیم و باور بر این باشد که افشای این اطلاعات برای جلوگیری از آسیب جدی به شما یا دیگران ضروری است.

- **خطرات برای سلامت عمومی.** ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای فعالیتهای مرتبط با سلامت عموم افشا کنیم. این فعالیتهای عمدتاً عبارتند از:

- برای پیشگیری یا کنترل بیماری، آسیب و ناتوانی؛
- گزارش ولادت و فوت؛
- گزارش واکنش به داروها یا مشکلات مربوط به محصولات؛

○ اطلاع‌رسانی به مردم درخصوص فراخوان محصولاتی که ممکن است از آنها استفاده کنند.

○ اطلاع‌رسانی به فردی که ممکن است در معرض بیماری قرار بگیرد یا در معرض خطر ابتلا یا گسترش یک بیماری باشد.

• **فعالیت‌های نظارت بر سلامت.** ما ممکن است اطلاعات سلامتی را به یک آژانس نظارت بر سلامت برای فعالیت‌های دارای مجوز قانونی افشا کنیم. این فعالیت‌ها برای مثال شامل حسابرسی، تحقیقات، بازرسی و صدور گواهی می‌شوند. این فعالیت‌ها برای نظارت دولت بر نظام مراقبت سلامت، برنامه‌های دولتی و مطابقت از قوانین مربوط به حقوق مدنی ضروری است.

• **مراحل حقوقی و اداری.** ممکن است (و گاهی از سوی قانون موظف هستیم) اطلاعات مربوط به سلامت فردی شما را در جریان مراحل حقوقی و اداری، تا حدی از سوی دادگاه یا حکم اداری مجاز دانسته شده، افشا کنیم. همچنین ممکن است اطلاعات مربوط به شما را در واکنش به یک احضاریه، درخواست کشف یا سایر روندهای قانونی در صورتی افشا کنیم که تلاش‌های معقولی برای اطلاع دادن به شما درخصوص درخواست صورت گرفته باشد و شما اعتراضی نکرده باشید یا اگر اعتراض شما توسط دادگاه یا مقام اداری رد شده باشد.

• **اجرای قانون.** ممکن است اطلاعات سلامتی را در صورت درخواست یک مقام رسمی مجری قانون منتشر کنیم:

- در پاسخ به دستور دادگاه یا حکمی مشابه.
- برای شناسایی یا ردیابی یک مظنون، شاهد، فرد مفقودالاثر و غیره.
- برای ارائه اطلاعات به مجری قانون درخصوص یک قربانی جرم.
- برای گزارش فعالیت‌های جنایی یا تهدیدات مربوط به دفاتر یا کارکنان.

• **مأمور تجسس قتل، یزشک قانونی و مأمور کفن و دفن.** ما ممکن است اطلاعات سلامتی را برای مأمور تجسس قتل یا یزشک قانونی منتشر کنیم. این امر ممکن است برای مثال جهت شناسایی یک فرد متوفی یا تعیین علت فوت لازم باشد.

همچنین ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت بیماران در مراکزمان را جهت کمک به مأموران کفن و دفن در صورت نیاز برای انجام وظایف شان منتشر کنیم.

- **اهدای عضو یا بافت.** اگر شما اهدا کننده عضو هستید، ممکن است اطلاعات پزشکی‌تان را در اختیار سازمان‌هایی قرار دهیم که اهدای عضو و پیوند را انجام می‌دهند.

- **یژوئش.** ممکن است تحت شرایط خاص، اطلاعات شما را برای اهداف تحقیقاتی استفاده یا افشا کنیم.

- **جهت جلوگیری از تهدید جدی برای سلامت و امنیت.** ما ممکن است اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای پیشگیری از تهدید جدی به سلامت و امنیت شما یا عموم مردم و یا فرد دیگر استفاده و افشا کنیم. با این وجود، هر گونه افشای اطلاعات تنها برای فردی خواهد بود که به باور ما می‌تواند مانع از وقوع تهدید یا آسیب شود.

- **برای کارهای دولتی ویژه.** ممکن است اطلاعات سلامتی شما را برای کمک به دولت در انجام کارهای مرتبط با شما استفاده و افشا کنیم. این اطلاعات ممکن است به افراد ذیل افشا شوند: (1) مقامات فرماندهی نظامی برای کمک به انجام مأموریت‌های نظامی در صورتی که عضو نیروهای مسلح هستید، (2) مقامات رسمی فدرال برای انجام فعالیت‌های امنیت ملی، (3) مقامات رسمی فدرال برای ارائه خدمات محافظتی به رئیس جمهور یا سایر افراد و یا برای تحقیقات مجاز از نظر قانون، (4) مرکز بازپروری، اگر در زندان هستید، برای مراقبت‌های بهداشتی و اهداف سلامتی و امنیتی؛ (5) برنامه‌های غرامت کارگران آنچنان که در قانون مجاز دانسته شده؛ (6) نهادهای دولتی مجری قانون برای محافظت از مأموران فدرالی و ایالتی منتخب طبق قانون اساسی و خانواده‌هایشان؛ (7) دادگستری کالیفرنیا برای اهداف نقل مکان و شناسایی بعضی از بیماران مجرم یا افرادی که نباید سلاح گرم یا مهلک را بخرند، در اختیار داشته باشند یا کنترل کنند؛ (8) سنا یا مجمع قانون گذاران با هدف تحقیقات قانونی؛ (9) سازمان محافظت و پشتیبانی ملی و اداره حقوق بیماران شهر با هدف انجام تحقیقات مجاز طبق قانون.

• **سایر دسته بندی‌های ویژه اطلاعات.** در صورت کاربرد. الزامات حقوقی ویژه ممکن است برای استفاده یا افشای دسته‌های خاصی از اطلاعات اعمال شوند، نظیر آزمایش‌های مربوط به ویروس نقص ایمنی انسان (HIV) یا درمان و خدمات مربوط به سوء مصرف الکل و مواد مخدر. به علاوه، قوانین مختلفی ممکن است برای استفاده و افشای اطلاعات پزشکی مرتبط با هرگونه مراقبت پزشکی عمومی (مراقبت‌های غیرروانی) که شما دریافت می‌کنید اعمال شود.

• **یادداشت‌های روان درمانی.** در صورت کاربرد. یادداشت‌های روان درمانی به معنی یادداشت‌های ثبت شده (به هر شکل) توسط یک ارائه دهنده مراقبت سلامت می‌باشد و منظور از چنین شخصی، یک متخصص سلامت روان است که مکالمه‌ها را در طول یک جلسه مشاوره خصوصی یا گروهی، مشترک یا خانوادگی مستند ساخته و تجزیه و تحلیل می‌کند و این موارد از مابقی سوابق پزشکی فرد مجزا است. این یادداشت‌های روان درمانی شامل داروهای تجویزی و نظارت بر داروها، زمان آغاز و پایان جلسه مشاوره، روشها و تعداد درمان‌های ارائه شده، نتایج تست‌های بالینی و خلاصه موارد ذیل نمی‌شود: تشخیص، وضعیت عملکرد، برنامه درمانی، علائم، پیش شناخت و پیشرفت تا به امروز.

○ ما ممکن است مطابق با قانون، یادداشت‌های روان درمانی شما را استفاده یا افشا کنیم و یا در موارد ذیل به کار برده شوند:

- برای استفاده توسط تهیه کننده این یادداشت‌ها
- در برنامه‌های آموزش سلامت روان نظارت شده برای دانشجویان، کارآموزان یا کارورزان
- برای دفاع از یک اقدام قانونی یا سایر پیگیری‌ها از سوی فرد
- برای جلوگیری یا کاهش تهدید جدی و قریب الوقوع به سلامت یا امنیت فرد یا مردم
- برای نظارت فرد تهیه کننده این یادداشت‌ها بر سلامت
- برای استفاده یا افشا به مأمور تجسس قتل یا پزشک قانونی به منظور گزارش فوت بیمار

○ برای استفاده یا افشا در صورت نیاز جهت جلوگیری یا کاهش تهدید جدی و قریب الوقوع به سلامت یا امنیت فرد یا مردم

○ برای استفاده یا افشا به شما یا منشی DHHS در جریان تحقیقات یا مطابق با قانون

○ برای مأمور تجسس قتل یا پزشک قانونی بعد از فوت شما. هر هنگام که مجوز استفاده یا افشای یادداشت روان درمانی‌تان را لغو کنید، ما استفاده یا افشای این یادداشت‌ها را متوقف خواهیم نمود.

• تغییر مالکیت. در صورت لزوم. در صورتی که این روش/برنامه به یک سازمان دیگر فروخته شده یا با آن ادغام شود، اطلاعات/سوابق مربوط به سلامت شما به دارایی مالک جدید تبدیل خواهد شد، اگرچه شما حق درخواست نسخه هایی از اطلاعات منتقل شده به روش/برنامه دیگر را خواهید داشت.

## افشا تنها پس از دادن فرصت موافقت یا مخالفت به شما

مواقعی وجود دارند که ما اطلاعات مربوط به سلامت شما را افشا نخواهیم نمود، مگر اینکه در این مورد با شما بحث کرده (در صورت امکان) و شما با اشتراک گذاری اطلاعاتتان مخالفت نکنید. این مواقع عبارتند از:

**فهرست بیماران.** ما فهرستی شامل اسامی بیماران، وضعیت سلامت، محل درمان و غیره را با هدف افشا به روحانیون یا افرادی که با دانستن نام شما سراغتان را می‌گیرند نگهداری می‌کنیم. ما درخصوص اینکه آیا اطلاعاتتان را می‌توان با این افراد به اشتراک گذاشت یا خیر به شما مشاوره خواهیم داد.

**افراد دخیل در مراقبت از شما یا پرداخت هزینه مراقبت از شما.** ممکن است اطلاعات سلامت شما را به عضو خانواده‌تان، دوست صمیمی یا فرد دیگری که در مراقبت از شما (یا پرداخت هزینه آن) دخیل است تا میزانی که به مشارکت وی مرتبط است

افشا کنیم. برای مثال، اگر شما از یک عضو خانواده یا دوستان بخواهید که دارویی را برایتان از داروخانه بگیرد، ما ممکن است به این فرد بگوییم که چه دارویی می‌باشد و چه زمانی آماده تحویل است. همچنین ممکن است به یک عضو خانواده (یا فرد دیگری که مسئولیت مراقبت از شما را برعهده دارد) درخصوص محل اقامتتان و وضعیت پزشکی‌تان در صورت عدم مخالفت شما اطلاع‌رسانی کنیم.

**افشا در ارتباطات با شما.** ممکن است با شما تماس داشته باشیم و طی آن، اطلاعات مربوط به سلامتتان را به اشتراک خواهیم گذاشت. برای مثال، ممکن است ما اطلاعات مربوط به سلامت شما را برای تماس با شما و یادآوری قرار ملاقات برای درمان در این مرکز یا توصیه گزینه‌های درمانی و جایگزین‌هایی که ممکن است به آنها علاقه‌مند باشید استفاده و افشا کنیم. همچنین ممکن است این اطلاعات را برای اطلاع دادن به شما درخصوص مزایا یا خدمات مرتبط با سلامتی که ممکن است به آنها علاقه‌مند شوید استفاده و افشا کنیم. درخصوص جمع آوری کمک‌های مالی نیز ممکن است با شما تماس بگیریم.

**کاربردهای دیگر اطلاعات سلامتی.** سایر موارد استفاده و افشای اطلاعات سلامتی که در این اعلامیه یا قوانین مربوطه ذکر نشده‌اند تنها با اجازه کتبی شما صورت خواهد گرفت. اگر شما به ما اجازه استفاده یا افشای اطلاعات مربوط به سلامتتان را بدهید، می‌توانید بصورت کتبی و هر زمان این اجازه را لغو کنید. در صورت لغو اجازه، ما دیگر اطلاعات مربوط به سلامت شما را به دلایل ذکر شده در اجازه کتبی‌تان استفاده یا افشا نخواهیم کرد. شما مطلع هستید که ما نمی‌توانیم اطلاعاتی را که قبلاً با اجازه شما افشا شده‌اند بازپس بگیریم و ما موظف به نگهداری از سوابق مراقبت‌های ارائه شده به شما هستیم.

## حقوق شما در خصوص اطلاعات مربوط به سلامتی‌تان

در رابطه با اطلاعات مربوط به سلامت شما که آنها را حفظ می‌کنیم، شما از حقوق ذیل برخوردار هستید:

- **اعلامیه افشا.** در صورت افشای ناایمن اطلاعات سلامت فردی، ما مطابق با قانون به شما اطلاع‌رسانی خواهیم کرد. اگر آدرس ایمیل به ما داده باشید، ممکن است از ایمیل برای ارائه اطلاعات مربوط به افشا استفاده کنیم. در برخی شرایط، شریک تجاری ما این اعلامیه را ارائه می‌کند. همچنین، ممکن است به سایر روش‌های مناسب نیز این اعلامیه را ارائه کنیم. [نکته: اعلام از طریق ایمیل تنها در صورتی استفاده می‌شود که مطمئن باشیم فاقد **PHI** است و اطلاعات نامناسب را افشا نمی‌کند. برای مثال، اگر آدرس ایمیل ما «[digestivediseaseassociates.com](mailto:digestivediseaseassociates.com)» باشد، ایمیلی که با این آدرس ارسال می‌شود می‌تواند در صورت رهگیری، بیمار و وضعیت آنها را شناسایی کند.]
- **حق بررسی و کپی برداری.** شما حق دارید تا این اطلاعات سلامتی را بررسی و کپی برداری کنید. این مسأله معمولاً شامل سوابق پزشکی و صورتحساب می‌شود اما ممکن است بعضی از اطلاعات مرتبط با سلامت روان را در برنگیرد. محدودیت‌های خاصی اعمال می‌شوند:
  - باید درخواست خود را بصورت کتبی ارسال کنید. ما می‌توانیم یک فرم برای این کار و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال آن را به شما ارائه دهیم.
  - در صورت درخواست فتوکپی، ما ممکن است مبلغ معقولی را برای هزینه‌های کپی کردن، ارسال نامه یا سایر لوازم مرتبط با درخواست شما دریافت کنیم.
  - شما می‌توانید انتظار داشته باشید که طی 10 روز کاری اعلامیه مربوط به این درخواست را دریافت کنید.
  - ممکن است در شرایط خاص درخواست شما رد کنیم. اگر از دسترسی به اطلاعات سلامتی محروم شوید، می‌توانید طبق قانون درخواست بررسی موضوع را بدهید.
  - اگر درخواست شما برای دسترسی به یادداشت‌های روان درمانی‌تان را رد کنیم، شما حق خواهید داشت تا آنها را به یک متخصص سلامت روان دیگر منتقل کنید.
- **حق اصلاح:** اگر احساس می‌کنید اطلاعات مربوط به سلامت شما که در اختیار داریم نادرست یا ناقص هستند، می‌توانید

از ما بخواهید تا اطلاعات را اصلاح کنیم. اگر تشخیص دهیم که اطلاعات موجود درست و کامل هستند، ما موظف به اصلاح اطلاعات نیستیم. ما موظف به حذف اطلاعات از سوابق شما نیستیم. در صورت وجود خطا، با افزودن اطلاعات شفاف ساز یا مکمل، سوابق شما اصلاح خواهد شد. شما تا زمانی حق درخواست اصلاح را دارید که اطلاعات در مرکز نگهداری شوند. محدودیت‌های خاصی اعمال می‌شوند:

- باید درخواست خود را برای این اصلاح به طور کتبی ارسال کنید. ما می‌توانیم یک فرم برای این کار و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال آن به شما ارائه کنیم.

- شما باید برای درخواستان دلیلی ارائه کنید.

- ما ممکن است درخواست اصلاح شما را در صورتی که کتبی نباشد یا دلیلی ذکر نشده باشد رد کنیم. به علاوه، ممکن است درخواست شما را رد کنیم اگر خواستار اصلاح اطلاعاتی شوید که: توسط ما تهیه نشده باشد، مگر آنکه تهیه کننده این اطلاعات برای ایجاد اصلاح در دسترس نباشد.

- شامل اطلاعات سلامتی که در مرکز ما نگهداری می‌شود نباشد؛ بخشی از اطلاعاتی نباشد که شما اجازه بررسی یا کپی برداری از آن را داشته باشید. حتی اگر ما درخواست اصلاح شما را رد کنیم، شما حق ارسال یک ضمیمه کتبی در رابطه با هر مورد یا گزارش در سوابقتان را که به باورتان نادرست و ناقص است دارید. اگر شما به وضوح و به صورت کتبی نشان دهید که می‌خواهید این ضمیمه بخشی از سوابق پزشکی شما باشد، ما آن را به سوابقتان اضافه نموده و هنگام افشای هر مورد یا گزارشی که به باورتان ناقص یا نادرست است آن را لحاظ می‌کنیم.

- حق درخواست برای محافظت ویژه از حریم خصوصی. شما حق دارید درخواستی برای اعمال محدودیت اطلاعاتی که ما درخصوص درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت سلامت شما استفاده یا افشا می‌کنیم تسلیم کنید. همچنین حق دارید درخصوص اطلاعات مربوط به سلامتتان که به فرد دخیل در مراقبت یا پرداخت هزینه درمان شما، مانند عضو خانواده یا دوست، افشا می‌گردد خواستار اعمال محدودیت شوید. برای مثال، می‌توانید از ما بخواهید تا هیچ اطلاعاتی را

درخصوص تشخیص درمان‌تان به یک عضو خانواده یا دوست‌تان افشا نکنیم.

○ اگر ما با درخواست شما مبنی بر محدودیت نحوه استفاده از اطلاعات مربوط به درمان، پرداخت و عملیات مراقبت سلامت شما موافقت کنیم، از این درخواست شما پیروی خواهیم کرد مگر اینکه به این اطلاعات برای ارائه درمان اضطراری به شما نیاز شود. برای درخواست محدودیت‌ها، شما باید درخواست‌تان را بصورت کتبی به ارائه دهنده‌تان ارائه کنید و در آن به ما بگویید که چه اطلاعاتی را می‌خواهید محدود کنید، آیا می‌خواهید استفاده، افشا یا هر دو این موارد را محدود کنید یا خیر و اینکه می‌خواهید این محدودیت برای چه کسانی اعمال شود.

○ اگر به ما بگویید که اطلاعات مربوط به موارد یا خدمات مراقبت سلامت روان را که بطور کامل و با هزینه خودتان پرداخت کرده‌اید برای طرح سلامت‌تان افشا نکنیم، ما درخواست شما را رعایت خواهیم کرد، مگر اینکه مجبور شویم این اطلاعات را برای درمان یا بنابر دلایل حقوقی افشا کنیم. ما حق قبول یا رد هرگونه درخواست را برای خود محفوظ می‌داریم و شما را از تصمیم‌مان مطلع خواهیم ساخت.

• **حق درخواست ارتباطات محرمانه.** شما حق دارید درخواست کنید که ما با شما درمورد مسائل پزشکی به روشی خاص یا در یک مکان خاص ارتباط برقرار کنیم، برای مثال می‌توانید از ما بخواهید تا فقط در محل کارتان یا از طریق پست با شما تماس بگیریم. برای درخواست ارتباطات محرمانه، باید درخواست خود را بصورت کتبی به ارائه دهنده خود تحویل دهید. ما دلیل درخواست شما را از شما نخواهیم پرسید. ما به کلیه درخواستهای معتبر پاسخ خواهیم داد. درخواست شما باید نحوه یا محل تماس با شما را مشخص کند.

• **حق دریافت یک نسخه کاغذی این اعلامیه.** شما حق دریافت یک نسخه کاغذی از این اعلامیه را دارید. شما می‌توانید هر زمان از ما بخواهید این نسخه کاغذی را ارائه کنیم. حتی اگر با دریافت این اعلامیه بصورت الکترونیکی موافقت کرده باشید، همچنان حق دریافت یک نسخه کاغذی

از آن را دارید. شما می‌توانید این نسخه را از ارائه دهنده‌تان یا هر یک از برنامه‌های فوق‌الذکر دریافت کنید.

- **حق دریافت گزارشی از اطلاعات افشا شده.** شما حق دارید «گزارشی از اطلاعات افشا شده» را درخواست کنید. این گزارش شامل یک لیست از اطلاعات مربوط به سلامت شما است که از شش (6) سال قبل از تاریخ درخواست این گزارش از سوی شما افشا نموده‌ایم. گزارش مدنظر موارد ذیل را دربرنخواهد گرفت:

- افشاهای لازم برای درمان، پرداخت یا عملیات مراقبت سلامت
- اطلاعات افشا شده به شما
- افشاهایی که صرفاً اتفاقی رخ داده و درغیراینصورت قانونی یا لازم بوده‌اند
- افشاهای صورت گرفته با اجازه کتبی شما
- افشاهای دیگری که با اجازه قانون صورت گرفته است

- برای درخواست این لیست یا گزارش اطلاعات افشا شده، باید درخواست خود را کتباً ارسال کنید. ما می‌توانیم یک فرم برای این کار و دستورالعمل‌های مربوط به نحوه ارسال آن به شما ارائه دهیم. درخواست شما باید یک دوره زمانی را ذکر کند که نمی‌تواند بیشتر از شش (6) سال باشد و تاریخ‌های قبل از 14 آوریل 2003 را شامل نشود. درخواست شما باید مشخص سازد که لیست را به چه شکلی می‌خواهید دریافت کنید (برای مثال کاغذی یا الکترونیکی). اولین لیستی که طی یک دوره 12 ماهه درخواست کنید رایگان خواهد بود. ما شما را از هزینه‌های مربوطه مطلع خواهیم ساخت و شما می‌توانید قبل از متحمل شدن هرگونه هزینه، درخواستتان را لغو کرده یا تغییر دهید.

- به‌علاوه، ما طبق قانون موظف هستیم درصورت دسترسی یا افشای غیرقانونی اطلاعات سلامتتان، شما را مطلع سازیم.

## تغییرات در این اعلامیه

ما حق تغییر در این اعلامیه را برای خود محفوظ می‌داریم. ما حق استفاده از اعلامیه اصلاح شده یا تغییر یافته را برای اطلاعاتی که در مورد شما در اختیار داریم و همچنین اطلاعاتی که در آینده دریافت خواهیم نمود محفوظ می‌داریم. ما یک نسخه از اعلامیه فعلی را در مراکزمان و همچنین در وب سایت ارائه دهنده‌مان قرار خواهیم داد. شما یک نسخه از اعلامیه جدید را در صورت تغییر در اعلامیه روش‌های حفظ حریم خصوصی و یا ثبت نام در سایت خدماتی جدید دریافت خواهید نمود.

## شکایات

تمام برنامه‌ها در آژانس خدمات مراقبت سلامت، موظف به حفظ محرمانگی اطلاعات مربوط به سلامت فردی شما هستند. اگر شما باور دارید که حریم خصوصی‌تان نقض شده است، می‌توانید شکایتی را به اداره‌ای که به نظرتان نقض در آن رخ داده تسلیم کنید. ما به موقع ادعای شما را بررسی نموده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی را انجام خواهیم داد.

تمام شکایات باید بصورت کتبی ارائه شود. شما به خاطر نوشتن شکایت مجازات نخواهید شد. با تماس با شماره‌های ذیل، می‌توانید نسخه‌ای از فرم و دستورالعمل‌های مربوط به طرح شکایت را دریافت کنید:

| اداره سلامت عمومی | اداره سلامت نیازمندان | اداره سلامت محیطی | خدمات مراقبت سلامت رفتاری |
|-------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------|
|                   |                       |                   |                           |

|                                                                                                                     |                                                                                            |                                                                                                               |                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Consumer Assistance<br>Office<br>2000<br>Embarcadero<br>Cove<br>Suite 400<br>Oakland, CA<br>94606<br>(800) 779-0787 | Office of the Director<br>1131 Harbor<br>Parkway<br>Alameda, CA<br>94502<br>(510) 567-6700 | Office of the Director<br>1000 San<br>Leandro Blvd<br>Suite 300<br>San Leandro, CA<br>94577<br>(510) 618-3452 | Office of the Director<br>ATTN: Privacy<br>Issue<br>1000<br>Broadway 5 <sup>th</sup><br>Floor<br>Oakland, CA<br>94607<br>(510) 267-8000 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

همچنین می‌توانید شکایتی را به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده تسلیم کنید. این اداره از HCSA خواهد خواست تا شکایت شما را بررسی کند. بدین ترتیب، حل شکایت شما ممکن است بیشتر از زمانی طول بکشد که شما مستقیماً با HCSA به آدرس ذیل تماس می‌گیرید. برای طرح شکایت به دبیرخانه وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، با آدرس ذیل در تماس باشید:

**Office of Civil Rights**  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**50 United Nations Plaza, Room 322**  
**San Francisco, CA 94102**  
**415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)**  
**(415) 437-8329 FAX**  
**Web Site: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)**

اگر احساس کنم مورد تبعیض قرار گرفته‌ام، با چه کسی تماس بگیرم؟

تبعیض خلاف قانون است. ایالت کالیفرنیا و DMC-ODS، قوانین فدرالی مرتبط با حقوق مدنی را رعایت نموده و براساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنس، سن یا ناتوانی، تبعیضی قائل نمی‌شوند. DMC-ODS:

- کمک و خدمات رایگان به افراد دچار ناتوانی ارائه می‌کند، از جمله:

- مترجمان زبان اشاره ذی صلاح
- اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (بریل، چاپی با حروف بزرگ، صوتی، قالب‌های الکترونیکی در دسترس و سایر قالب‌ها)

- ارائه خدمات زبانی رایگان به افرادی که زبان اصلی‌شان انگلیسی نیست، مانند:

- مترجمان شفاهی واجد شرایط
- اطلاعات به زبان‌های اصلی

در صورت نیاز به این خدمات، با شماره تلفن 24 ساعته شهر آلامدا برای خدمات SUD به شماره (844) 682-7215 تماس بگیرید.

اگر اعتقاد دارید ایالت کالیفرنیا یا مرکز Alameda County Behavioral Health (سلامت رفتاری شهر آلامدا) در ارائه این خدمات غفلت ورزیده یا به نوعی براساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، جنسیت، سن یا ناتوانی تبعیضی قائل شده، می‌توانید اقدام به طرح شکایت کنید:

**Alameda County Behavioral Health Consumer Assistance Office**  
**2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606**  
**510.639.1346 فکس: (TTY: 711) 1-800-779-0787 تلفن:**

شما می‌توانید هم به صورت حضوری و هم از طریق نامه یا فکس، شکایتان را طرح کنید. در صورت نیاز به کمک برای طرح شکایت، با اداره کمک به مصرف کنندگان ACBH به شماره 1-800-779-0787 تماس بگیرید.

فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند:

<http://www.ACBH.org/consumer-grievance/>

شما همچنین می‌توانید یک شکایت حقوق مدنی را به صورت الکترونیکی به وزارت بهداشت و خدمات انسانی، اداره حقوق مدنی از طریق پرتال دفتر شکایت حقوق مدنی به این آدرس تسلیم کنید: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>

شما همچنین می‌توانید یک شکایت حقوق مدنی را از طریق پست یا تلفن تسلیم کنید:

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

**1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**

فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند

<https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>

## خدمات

### خدمات DMC-ODS چیست؟

خدمات DMC-ODS، خدمات مراقبت درمانی برای افرادی است که حداقل یک SUD دارند و پزشک عادی قادر به درمان آن نیست.

خدمات DMC-ODS عبارتند از:

- خدمات سرپایی
- درمان سرپایی فشرده
- بستری جزئی (فقط در برخی شهرها)
- درمان در اقامتگاه (منوط به مجوز قبلی از شهر)
- مدیریت ترک اعتیاد
- درمان اعتیاد به مواد مخدر
- درمان به کمک دارو (متفاوت در هر شهر)
- خدمات بازپروری
- مدیریت پرونده

خدمات درمانی SUD ممکن است روشهای زیر را شامل شود: ارزیابی، برنامه‌ریزی، مشاوره فردی و گروهی، مدیریت پرونده، تست اعتیاد، خانواده درمانی و برنامه‌ریزی ترخیص. شما حق دارید از هر یک از روشهای زیر امتناع ورزید: مشاوره فردی، مشاوره گروهی، مدیریت پرونده، تست اعتیاد، خانواده درمانی و برنامه‌ریزی ترخیص. لطفاً توجه داشته باشید که اگر به خودداری از خدمات برنامه ارائه شده ادامه دهید، کارکنان درمانی ممکن است مکان مناسبتری برای شما توصیه کنند. هر سطح از مراقبت دارای حداقل الزاماتی میباشد (مانند تعداد ساعات در هفته). اگر امتناع شما از دریافت خدمات به گونه‌ای باشد که نتوانید این الزامات را رعایت کنید، احتمالاً به یک سطح دیگر از مراقبت‌ها ارجاع داده خواهید شد.

علاوه بر این، ممکن است الزامات اضافی برای تست اعتیاد (دادگاه درمان مدار مخصوص معتادان، **SSA**، آزادی مشروط و غیره) خارج از الزامات **ACBH** وجود داشته باشد.

## اقامتگاه های بازپروری

شرط زندگی در اقامتگاه های بازپروری، انجام تست اعتیاد توسط ساکنان است.

برنامه های درمان اعتیاد به مواد مخدر (OTP)\*

OTP ها برای انجام تست اعتیاد در هر برنامه لازم هستند.

دلایل ترخیص از برنامه شامل ایجاد محیط مزاحم یا خطرناک برای سایر شرکت کنندگان می باشد. گاهی اوقات این امر به دلیل مسمومیت مددجو به مواد مخدر است. در این شرایط، مشاور با شما در این خصوص صحبت خواهد کرد و ممکن است تست اعتیاد فوری را توصیه کند. اگرچه می توان از تست اعتیاد امتناع ورزید، اما باید بخشی از مسأله به علت رفتارهایی باشد که به عقیده مشاور برای دیگر مددجویان مزاحم یا خطرناک به شمار رود. خواه در این شرایط شما با تست اعتیاد موافقت کنید و خواه از انجام آن بپرهیزید، اگر به رفتارتان توجه نکرده و آن را تغییر ندهید تا یک محیط غیرمزاحم و امن را برای همه افراد در برنامه ایجاد نکنید، ممکن است همچنان از برنامه خارج شوید (دوره زمانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت).

واکنش اخلاقی به مثبت بودن نتیجه تست اعتیاد، صحبت درخصوص این یافته ها با مددجو و درنظر گرفتن تغییرات مبتنی بر شواهد در طرح درمانی شما است. متخصصان درمان اعتیاد و سازمان های ارائه دهنده، اقدامات لازم را برای اطمینان از این موضوع انجام خواهند داد که نتایج تست اعتیاد تا حدی که قانون اجازه دهد محرمانه باقی بماند.

در صورت تمایل به کسب اطلاعات بیشتر درخصوص هر سرویس -DMC ODS که ممکن است در دسترس شما باشد، توضیحات زیر را مشاهده کنید:

## خدمات سرپایی

در صورتی که مشخص شود از نظر پزشکی ضرورت دارد، خدمات مشاوره حداکثر تا نه ساعت در هفته برای بزرگسالان و کمتر از شش ساعت در هفته برای نوجوانان مطابق با طرح شخصی مددجو ارائه می شود. یک متخصص دارای مجوز یا یک مشاور مجاز

می‌تواند این خدمات را در هر موقعیت مناسب در جامعه ارائه کند.

خدمات سرپایی شامل مصرف و ارزیابی، برنامه‌ریزی درمانی، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، خانواده درمانی، خدمات ثانویه، آموزش اعضا، خدمات دارویی، خدمات مداخله در بحران، تست اعتیاد و برنامه‌ریزی ترخیص می‌شوند.

شهر آلامدا خدمات درمان سرپایی جامعی را به مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد مخدر ارائه می‌کند. ذینفعان علاقه‌مند می‌توانند به شماره تلفن مخصوص درمان و ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره **844-682-7215** زنگ زده یا مستقیماً نزد ارائه دهنده درمان سرپایی طرف قرارداد مراجعه داشته باشند (برای کسب اطلاعات خاص این برنامه، لطفاً به فهرست ارائه دهندگان درمان **SUD** مراجعه کنید). این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا مادامی که از نظر پزشکی به آن نیاز داشته باشند در دسترس است.

### خدمات سرپایی ویژه

در صورتی که مشخص شود از نظر پزشکی ضرورت دارد، خدمات سرپایی ویژه (حداقل نه ساعت و حداکثر **19** ساعت در هفته برای بزرگسالان و حداقل شش ساعت و حداکثر **19** ساعت برای نوجوانان) مطابق با طرح شخصی مددجو ارائه می‌شود. این خدمات عمدتاً شامل مشاوره و آموزش درخصوص مشکلات مرتبط با اعتیاد است. یک متخصص دارای مجوز یا یک مشاور مجاز می‌تواند این خدمات را در هر موقعیت مناسب در جامعه ارائه کند.

خدمات سرپایی ویژه همان خدمات سرپایی را شامل می‌شوند. تفاوت اصلی افزایش تعداد ساعات خدمات است.

شهر آلامدا خدمات درمان سرپایی جامعی را به مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد مخدر ارائه می‌کند. ذینفعان علاقه‌مند می‌توانند با شماره تلفن مخصوص درمان و خط ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره **844-682-7215** زنگ زده یا مستقیماً نزد ارائه دهنده درمان سرپایی طرف قرارداد بروند (برای کسب اطلاعات خاص این برنامه، لطفاً به فهرست ارائه دهندگان درمان **SUD** مراجعه کنید). این خدمات برای تمام

ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا مادامی که از نظر پزشکی به آن نیاز داشته باشند در دسترس است.

### بستری جزئی (فقط در برخی شهرها)

خدمات بستری جزئی شامل 20 ساعت برنامه‌ریزی فشرده بالینی یا بیشتر در هفته، مطابق با طرح درمان اعضا است. برنامه‌های بستری جزئی معمولاً دسترسی مستقیم به خدمات روانپزشکی، پزشکی و آزمایشگاهی دارند و نیازهای مشخص شده‌ای را برآورده می‌سازند که مستلزم نظارت و مدیریت روزانه بوده اما می‌توان به شکل مناسب در شرایط سرپایی سازمان یافته آنها را انجام داد.

خدمات بستری جزئی مشابه خدمات سرپایی ویژه هستند و تفاوت اصلی‌شان افزایش تعداد ساعات و دسترسی اضافی به خدمات پزشکی است.

در حال حاضر این سرویس در شهر آلامدا در دسترس نیست.

### درمان در اقامتگاه (منوط به مجوز قبلی از شهر)

درمان در اقامتگاه یک برنامه مسکونی غیرپزشکی و کوتاه مدت غیرسازمانی و 24 ساعته است. در صورتی که مشخص شود از نظر پزشکی ضرورت داد، این برنامه خدمات توانبخشی را مطابق با طرح شخصی مددجو به اعضای ارائه می‌کنند که SUD در آنها تشخیص داده شده است. هر عضو باید در اقامتگاه سکونت یابد و در تلاش برای بازیابی، حفظ و استفاده از مهارت‌های زندگی فردی و مستقل و دسترسی به سیستم‌های پشتیبانی اجتماعی مورد حمایت قرار گیرد. ارائه دهندگان و ساکنان با هم همکاری می‌کنند تا موانع را تعریف نمایند، اولویت‌ها را مشخص سازند، اهداف را تعیین کنند، طرح‌های درمانی ایجاد نمایند و مشکلات مرتبط با SUD را حل کنند. اهداف شامل تداوم پرهیز از مصرف، آماده شدن برای عوامل تحریک کننده عود بیماری، بهبود سلامت فردی و عملکرد اجتماعی و مشارکت در مراقبت‌های مداوم است.

خدمات مسکونی نیازمند مجوز قبلی از سوی «طرح شهر» است. هر مجوز خدمات مسکونی می‌تواند به مدت حداکثر 90 روز برای بزرگسالان و 30 روز برای نوجوانان باشد. تنها دو مجوز برای خدمات مسکونی در یک دوره یک ساله مجاز است. می‌توان براساس ضرورت پزشکی یک تمديد 30 روزه در سال داشت. زنان باردار می‌توانند خدمات مسکونی را تا آخرین روز در ماهی دریافت

کنند که شصتمین روز بعد از زایمان در آن ماه قرار دارد. اعضای واجد شرایط **Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT)** (غربالگری، تشخیص و درمان اولیه و دوره ای - (زیر 21 سال) تا زمانی که به دلیل ضرورت پزشکی نیاز به خدمات مسکونی مداوم داشته باشند، با محدودیت‌های مجوز فوق‌الذکر روبرو نیستند.

خدمات مسکونی شامل این موارد می‌باشد: مصرف و ارزیابی، برنامه‌ریزی درمانی، مشاوره فردی، مشاوره گروهی، خانواده درمانی، خدمات ثانوی، آموزش اعضا، خدمات دارویی، محافظت از داروها (امکاناتی که در آنها کلیه داروهای ساکنین ذخیره شده و کارکنان می‌توانند به خود-تجویزی داروی ساکنین کمک کنند)، خدمات مداخله در بحران، حمل و نقل (تهیه یا ارائه حمل و نقل برای رفت و آمد به محل درمان در صورت وجود ضرورت پزشکی) و برنامه‌ریزی ترخیص.

شهر آلامدا خدمات جامع درمان در اقامتگاه را به مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد مخدر ارائه می‌کند. ذینفعان علاقه‌مند می‌توانند به شماره تلفن مخصوص درمان و ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره **844-682-7215** زنگ بزنند تا غربالگری را تکمیل نموده و فرایند ارجاع را آغاز کنند. این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا در دسترس است؛ ممکن است محدودیت‌هایی از نظر زمان و پذیرش وجود داشته باشند. ذینفعان باردار یا به تازگی باردار می‌توانند مستقیماً با برنامه‌های خاص تماس بگیرند تا فرایند پذیرش آنها تسهیل شود.

## مدیریت ترک اعتیاد

زمانی که مشخص شود از نظر پزشکی ضرورت داد، خدمات ترک اعتیاد مطابق با طرح شخصی مددجو ارائه می‌شود. هر عضو در صورت دریافت خدمات اسکان باید در اقامتگاه سکونت یابد و در طی مرحله سم زدایی تحت نظارت قرار خواهد گرفت. خدمات آماده سازی و توانبخشی ضروری از نظر پزشکی طبق یک طرح شخصی مددجو و بنا به تجویز یک پزشک یا یک نسخه نویس دارای مجوز ارائه شده و مطابق با الزامات ایالت کالیفرنیا تأیید می‌شود و مجوز دریافت می‌کند.

خدمات مدیریت ترک اعتیاد شامل مصرف و ارزیابی، مشاهده (برای ارزیابی وضعیت سلامت و واکنش به هر گونه داروی تجویز شده) خدمات دارویی و برنامه ریزی ترخیص می‌گردد.

شهر آلامدا خدمات مدیریت ترک اعتیاد در اقامتگاه را با دسترسی آسان ارائه می‌کند. ذینفعان علاقه‌مند می‌توانند شخصاً مراجعه نموده و یا به شماره تلفن مخصوص درمان و ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره **844-682-7215** برای دریافت اطلاعات تماس و ارجاع زنگ بزنند. هیچ محدودیت زمانی وجود ندارد و این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا در دسترس است.

### درمان اعتیاد به مواد مخدر

خدمات برنامه درمان اعتیاد به افیون (مواد مخدر) (OTP/NTP) در مراکز دارای مجوز NTP ارائه می‌شوند. خدمات ضروری از نظر پزشکی مطابق با طرح شخصی مددجو و بنا بر تشخیص پزشک یا نسخه نویس دارای مجوز ارائه شده و مطابق با الزامات ایالت کالیفرنیا تأیید می‌شوند و مجوز دریافت می‌کنند. برنامه های ترک اعتیاد ملزم به ارائه و تجویز داروهای لیست شده در فهرست داروهای DMC-ODS هستند، از جمله داروهای متادون، بوپرنورفین، نالوکسان و دی سولفیرام.

یک عضو باید حداقل 50 دقیقه و در ماه تا 200 دقیقه جلسه مشاوره با یک درمانگر یا مشاور دریافت کند، اگرچه خدمات دیگری ممکن است براساس ضرورت پزشکی ارائه شوند.

خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر همان خدمات درمان سرپایی می‌باشد، مضاف بر آنکه خدمات روان درمانی پزشکی در قالب گفتگوی حضوری پزشک با عضو را نیز در بر می‌گیرد. تمام عناصر این برنامه بجز مشاوره گروهی که جزو خدمات اختیاری است، الزامی می‌باشد.

شهر آلامدا دارای شبکه‌ای جامع از خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر با 7 آژانس طرف قرارداد در چندین مکان مختلف در سراسر منطقه خلیج سان فرانسیسکو می‌باشد. ذینفعان علاقه‌مند می‌توانند شخصاً به این مکان‌ها مراجعه نموده و یا به شماره تلفن مخصوص درمان و خط ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره **844-682-7215** تماس بگیرند و یا مستقیماً به

یک OTP طرف قرارداد بروند (لطفاً به فهرست ارائه دهندگان درمان SUD برای مشاهده اطلاعات خاص برنامه مراجعه کنید). این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا تا زمان نیاز پزشکی در دسترس است.

### درمان به کمک دارو (متفاوت در هر شهر)

خدمات درمان به کمک دارو (MAT) در خارج از کلینیک OTP در دسترس است. MAT شامل استفاده از داروهای تجویزی همراه با مشاوره و رفتار درمانی در راستای تامین یک رویکرد تماماً شخصی برای درمان SUD است. ارائه این سطح از خدمات برای شهرهای شرکت کننده اختیاری است.

خدمات MAT شامل سفارش، تجویز، مصرف و نظارت بر تمام داروهای مخصوص SUD است. به ویژه اعتیاد به مواد مخدر و الکل دارای گزینه‌های دارویی کاملاً مشخصی هستند. پزشکان و سایر نسخه نویسان ممکن است داروهای لیست شده در فهرست داروهای DMC-ODS از جمله بوپرنورفین، نالوکسان، دی سولفیرام، ویویترول، آلامپروسات یا هر داروی مورد تأیید FDA را برای درمان SUD به اعضا ارائه کنند.

در حال حاضر، ACBH دو ارائه دهنده MAT سرپایی برای ذینفعان در اختیار دارد و به دنبال گسترش این خدمات برای ارائه خدمات جامع MAT در سرتاسر شهر است. ذینفعان علاقه‌مند می‌توانند برای دریافت اطلاعات خاص ارجاع و تماس به شماره تلفن مخصوص درمان و خط ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره 844-682-7215 زنگ بزنند (برای کسب اطلاعات خاص این برنامه، لطفاً به فهرست ارائه دهندگان درمان SUD مراجعه کنید). هیچ محدودیت زمانی وجود ندارد و این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا فراهم است.

### خدمات بازپروری

خدمات بازپروری برای بهبود و سلامتی اعضا بسیار مهم است. جامعه درمان به یک عامل درمانی تبدیل می‌شود که از طریق آن اعضا برای مدیریت سلامت و مراقبت سلامت خود توانمند و آماده می‌شوند. بدین ترتیب، درمان باید بر نقش اصلی اعضا در مدیریت سلامتشان تأکید کند، از استراتژی‌های مؤثر حمایت از

مدیریت فردی استفاده کند و منابع درونی و اجتماعی را برای حمایت از خود مدیریتی مداوم اعضا سازمان دهی نماید.

خدمات بازپروری شامل مشاوره فردی و گروهی، نظارت بر بازپروری/کمک به درمان سوء مصرف مواد (مربیگری بهبود، پیشگیری از عود و خدمات همتایان) و مدیریت پرونده (در ارتباط با حمایت‌های آموزشی، شغلی، خانوادگی، حمایت‌های جامعه - محور، مسکن، حمل و نقل و سایر خدمات بر اساس نیاز) می‌باشد.

خدمات بازپروری در کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات SUD سرپایی طرف قرارداد با ACBH برای ذینفعانی که درمان SUD را تکمیل کرده‌اند در دسترس است. ذینفعان علاقه‌مند باید برای دریافت اطلاعات خاص تماس و ارجاع به شماره تلفن مخصوص درمان و خط ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره 844-682-7215 زنگ بزنند (برای کسب اطلاعات خاص این برنامه، لطفاً به فهرست ارائه دهندگان درمان SUD مراجعه کنید). هیچ محدودیت زمانی وجود ندارد و این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا در دسترس است.

## مدیریت پرونده

خدمات مدیریت پرونده به یک عضو در دسترسی به خدمات پزشکی، آموزشی، اجتماعی، ماقبل شغلی، شغلی، توانبخشی و سایر خدمات مورد نیاز کمک می‌کند. این خدمات بر هماهنگی مراقبت‌های SUD، ادغام مراقبت‌های اولیه بویژه برای اعضای مبتلا به SUD حاد و تعامل با نظام جزای کیفری، بنا بر ضرورت، تمرکز دارند.

خدمات مدیریت پرونده شامل ارزیابی جامع و ارزیابی دوره‌ای نیازهای فردی برای تعیین نیاز به تداوم خدمات مدیریت پرونده؛ انتقال به سطوح بالاتر یا پایین‌تر مراقبت‌های SUD؛ توسعه و بازبینی دوره‌ای طرح‌های مددجویان که شامل فعالیت‌های خدماتی است؛ فعالیت‌های ارتباطی، هماهنگی، ارجاع و سایر فعالیت‌های مربوطه؛ نظارت بر ارائه خدمات جهت تضمین دسترسی اعضا به خدمات و سیستم خدمت‌رسانی؛ نظارت بر پیشرفت اعضا و حمایت از اعضا، پیوندها به مراقبت‌های سلامت فیزیکی و روانی، حمل و نقل و نگهداری در خدمات مراقبت‌های اولیه می‌باشد.

مدیریت پرونده مطابق با آنچه در قانون فدرال و کالیفرنیا تصریح شده، باید حریم خصوصی هر عضو را حفظ نموده و آن را نقض نکند.

خدمات مدیریت پرونده در هر سطح از مراقبت و هر ارائه‌دهنده طرف قرارداد با مرکز سلامت رفتاری شهر آلامدا (ACBH) برای ارائه خدمات درمان SUD در دسترس است. ذینفعان علاقه‌مند باید برای دریافت اطلاعات خاص ارجاع و تماس به شماره تلفن مخصوص درمان و خط ارجاع سوء مصرف مواد مخدر شهر آلامدا به شماره 844-682-7215 زنگ بزنند (برای کسب اطلاعات خاص این برنامه، لطفاً به فهرست ارائه دهندگان درمان SUD مراجعه کنید). هیچ محدودیت زمانی وجود ندارد و این خدمات برای تمام ذینفعان واجد شرایط شهر آلامدا فراهم است.

### غربالگری، تشخیص و درمان اولیه و دوره‌ای (EPSDT)

اگر زیر 21 سال سن دارید، می‌توانید خدمات ضروری پزشکی اضافی را تحت غربالگری، تشخیص و درمان اولیه و دوره‌ای (EPSDT) دریافت کنید. خدمات EPSDT شامل غربالگری، چشم پزشکی، دندان پزشکی، شنوایی سنجی و سایر خدمات اجباری و اختیاری ضروری از نظر پزشکی می‌باشد که ذیل قانون فدرال 42 U.S.C. 1396d(a) برای اصلاح یا بهبود نقایص و بیماری‌های فیزیکی و روانی و شرایطی که در غربالگری EPSDT تشخیص داده شده است، خواه بزرگسالان نیز تحت پوشش این خدمات باشند یا نباشند. ضرورت پزشکی و مقرون به صرفه‌بودن تنها محدودیت یا موارد استثنایی قابل اعمال برای خدمات EPSDT است.

برای دریافت توضیحات کامل‌تر درخصوص خدمات EPSDT در دسترس و پاسخ به سؤالاتان، لطفاً به دفتر هماهنگی ACBH EPSDT با شماره 510-567-8171 تماس بگیرید. خدمات اعضا.

## ضرورت پزشکی

### ضرورت پزشکی چیست و چرا اهمیت دارد؟

یکی از الزامات ضروری برای دریافت خدمات سلامت درمان SUD از طریق طرح DMC-ODS، چیزی به نام «ضرورت پزشکی» است. این بدان معناست که پزشک یا متخصص دیگری با شما صحبت خواهد نمود تا تصمیم بگیرید که آیا دارای نیاز پزشکی برای دریافت خدمات هستید و آیا دریافت این خدمات به شما کمکی خواهد کرد یا خیر.

ضرورت پزشکی به شما در تعیین این موضوع کمک خواهد کرد که آیا برای دریافت خدمات DMC-ODS واجد شرایط هستید یا خیر و در این صورت چه نوع خدمات DMC-ODS برای شما مناسب است. تصمیم‌گیری در خصوص ضرورت پزشکی بخشی مهم از روند دریافت خدمات DMC-ODS است.

### معیارهای «ضرورت پزشکی» برای پوشش خدمات درمان اختلال سوء مصرف مواد مخدر چیست؟

به عنوان بخشی از تصمیم‌گیری‌ها درخصوص اینکه آیا شما به خدمات درمان SUD نیاز دارید یا خیر، طرح DMC-ODS شهر با شما و ارائه دهنده‌تان همکاری خواهد کرد تا تصمیم بگیرید که آیا همانطور که در بالا ذکر شد، این خدمات از نظر پزشکی ضروری محسوب می‌شوند یا خیر. در این بخش توضیح داده شده است که چگونه شهر شما که در این طرح شرکت دارد، این تصمیم را اتخاذ خواهد کرد.

برای دریافت خدمات از طریق DMC-ODS، باید از معیارهای ذیل برخوردار باشید:

- باید در Medi-Cal ثبت نام کنید.
- باید در شهری زندگی کنید که در DMC-ODS مشارکت دارد.
- طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، باید حداقل یک اختلال مرتبط با مواد مخدر و اعتیاد در

شما تشخیص داده شود. هر بزرگسال یا نوجوان زیر 21 سال که «در معرض خطر» مبتلا به SUD ارزیابی شود، در صورت عدم مطابقت با معیارهای ضرورت پزشکی، برای دریافت خدمات مداخله اولیه واجد شرایط لحاظ می‌گردد.

- شما باید با تعریف انجمن اعتیاد پزشکی آمریکا (ASAM) در مورد ضرورت پزشکی برای خدمات براساس معیارهای (ASAM) مطابقت داشته باشید (معیارهای ASAM معیارهای درمان ملی برای شرایط اعتیاد آور و مربوط به مواد مخدر است).

برای کمک گرفتن لازم نیست بدانید که آیا اختلالی در شما تشخیص داده شده است یا خیر. طرح DMC-ODS شهر شما به شما در دریافت این اطلاعات کمک نموده و ضرورت پزشکی را طی یک ارزیابی مشخص خواهد ساخت.

## انتخاب یک ارائه دهنده

چگونه می‌توانم یک ارائه دهنده برای خدمات درمان اختلال سوء مصرف مواد موردنیاز خود پیدا کنم؟

**BHP** ممکن است اختیار شما را در انتخاب ارائه دهندگان تاحدی محدود سازد. هنگام شروع دریافت خدمات، طرح **DMC-ODS** شهرتان باید به شما فرصت انتخاب بین حداقل دو ارائه دهنده را بدهد، مگر اینکه **BHP** دلیل خوبی برای عدم ارائه چنین فرصتی داشته باشد (برای مثال، تنها یک ارائه دهنده وجود داشته باشد که می‌تواند خدمات مورد نیازتان را فراهم کند). **BHP** شما همچنین باید به شما اجازه تغییر ارائه دهندگان را بدهد. وقتی شما خواستار تغییر ارائه دهنده‌تان می‌شوید، شهر باید به شما اجازه انتخاب بین حداقل دو ارائه دهنده را بدهد، مگر آنکه برای عدم انجام این کار دلیل خوبی داشته باشد.

گاهی اوقات ارائه دهندگان طرف قرارداد شهر، شبکه شهر را به خواست خود یا بنا به درخواست مرکز ترک می‌کنند. در این صورت، **BHP** باید تلاش کند تا به هر فردی که خدمات درمان **SUD** را از ارائه دهنده دریافت می‌نمایند، اعلامیه کتبی توقف کار ارائه دهنده طرف قرارداد شهر را ظرف 15 روز بعد از دریافت یا صدور آن اعلامیه ارائه کند.

در صورت یافتن یک ارائه دهنده، آیا **BHP** می‌تواند به این ارائه دهنده بگوید که من چه خدماتی دریافت کنم؟

شما، ارائه دهنده شما و **BHP** با پیروی از معیارهای ضرورت پزشکی و لیست خدمات تحت پوشش، همگی در تصمیم‌گیری درباره نوع خدمات مورد نیازتان که از طریق شهر دریافت خواهید کرد دخیل هستید. گاهی اوقات شهر تصمیم را به شما و ارائه دهنده واگذار می‌کند. سایر اوقات، **BHP** ممکن است ارائه دهنده‌تان را ملزم سازد تا قبل از ارائه خدمات از **BHP** بخواهد دلایلی را بررسی کند که ارائه دهنده بنا بر آنها

معتقد است شما به این خدمات نیاز دارید. **BHP** باید از یک فرد متخصص بخواهد که بررسی را انجام دهد. این روند بررسی به روند مجوز پرداخت طرح معروف است.

روند مجوز **BHP** باید از زمان بندی‌های مشخصی پیروی کند. برای یک مجوز استاندارد، طرح باید ظرف 14 روز و بر اساس درخواست ارائه دهنده شما تصمیم‌گیری شود. اگر شما یا ارائه دهنده‌تان درخواست نموده‌اید و یا اگر **BHP** معتقد باشد که دریافت اطلاعات بیشتر از ارائه دهنده‌تان به نفع خود شما است، زمان بندی را می‌توان تا 14 روز دیگر تمدید نماید. یک نمونه از موقعیتی که تمدید زمان می‌تواند به نفع شما باشد زمانی است که شهر فکر کند بتواند درخواست ارائه دهنده شما برای درمان را در صورت دریافت اطلاعات اضافی از ارائه دهنده‌تان تأیید نماید. اگر **BHP** زمان درخواست ارائه دهنده را تمدید کند، شهر یک اعلامیه کتبی در خصوص تمدید برای شما ارسال می‌نماید.

اگر شهر طی مدت زمان لازم برای یک درخواست مجوز استاندارد یا فوری تصمیمی اتخاذ نکند، **BHP** باید به شما اعلامیه حکم قطع مزایا را ارسال کند که طی آن به شما اطلاع داده می‌شود این خدمات رد شده‌اند و می‌توانید یک درخواست تجدیدنظر را طرح نموده و خواستار یک دادرسی ایالتی شوید.

می‌توانید از **BHP** اطلاعات بیشتری در خصوص این روند مجوزدهی مطالبه کنید. برای مشاهده نحوه درخواست این اطلاعات، به قسمت آغازین این کتابچه مراجعه کنید.

اگر مخالف تصمیم **BHP** در خصوص روند مجوزدهی هستید، می‌توانید یک درخواست تجدیدنظر را به شهر تسلیم کنید.

## برنامه DMC-ODS من از کدام ارائه دهندگان بهره می‌برد؟

اگر در **BHP** تازه وارد هستید، لیست کاملی از ارائه دهندگان در **BHP**تان در انتهای این کتابچه آمده که حاوی اطلاعاتی درخصوص آدرس ارائه دهندگان، خدمات درمان **SUD** که ارائه می‌کنند و سایر اطلاعات است تا به شما در دریافت مراقبت‌ها کمک کند، از جمله اطلاعات مربوط به خدمات فرهنگی و زمانی

که از طرف ارائه دهندگان در دسترس قرار می‌گیرد. در صورت داشتن هرگونه سؤال در خصوص ارائه‌دهندگان، با شماره تلفن رایگان شهرتان که در قسمت آغازین این کتابچه آمده است تماس بگیرید.

## اعلامیه حکم قطع مزایا

### اعلامیه حکم قطع مزایا چیست؟

اعلامیه حکم قطع مزایا یا NOABD فرمی است که طرح DMC-ODS شهر شما از آن برای اطلاع‌رسانی درخصوص تصمیم خود مبنی بر دریافت خدمات درمان Medi-Cal SUD توسط شما استفاده می‌کند. اعلامیه حکم قطع مزایا همچنین برای اطلاع شما از این موضوع استفاده می‌شود که شکایت، درخواست تجدیدنظر یا درخواست تجدیدنظر فوری‌تان به موقع حل نشده و یا اینکه شما خدمات را در مهلت زمانی استاندارد BHP برای ارائه خدمات دریافت نکرده‌اید.

### چه زمانی اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت خواهیم نمود؟

شما اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت خواهید نمود:

- اگر BHP یا یکی از ارائه دهندگان آن چنین تصمیم‌گیری کند که شما برای دریافت خدمات درمان Medi-Cal SUD واجد شرایط نیستید به این علت که معیارهای ضرورت پزشکی را دارا نمی‌باشید.
- اگر ارائه دهنده شما فکر کند که به خدمات SUD نیاز دارید و خواستار تأیید BHP شود، اما BHP موافقت نکرده و درخواست ارائه دهنده شما را رد کند یا نوع یا تعداد خدمات را کاهش دهد. اکثر اوقات، اعلامیه حکم قطع مزایا را قبل از دریافت خدمات دریافت می‌کنید، اما گاهی اعلامیه حکم قطع مزایا بعد از دریافت خدمات یا زمانی که خدمات را دریافت می‌کنید به دست شما خواهد رسید. اگر بعد از دریافت خدمات این اعلامیه را دریافت کردید، نیازی به پرداخت هزینه خدمات نیست.
- اگر ارائه دهنده شما خواستار تأیید BHP شود، اما BHP به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز داشته باشد و روند تأیید را به موقع تکمیل نکند.

- اگر BHP خدمات را براساس مهلت‌های زمانی تعیین شده به شما ارائه نکند. برای اطلاع از مهلت‌های زمانی استاندارد تعیین شده با BHP تماس بگیرید.
- اگر شما شکایتی را به BHP تسلیم نموده و BHP ظرف 90 روز حکم کتبی در خصوص شکایتان را برای شما ارسال نکند. اگر شما درخواست تجدیدنظر را به BHP تسلیم نموده و BHP ظرف 30 روز حکم کتبی در خصوص درخواست تجدیدنظران را برای شما ارسال نکند، یا اگر شما یک درخواست تجدیدنظر فوری را تسلیم نموده و ظرف 72 ساعت جوابی دریافت نکرده باشید.

### آیا وقتی خدمات موردنظرم را دریافت نکنم، همیشه اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت خواهم نمود؟

در برخی موارد، ممکن است شما اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت نکنید. شما همچنان می‌توانید درخواست تجدیدنظران را به BHP ارائه نموده و یا در صورت تکمیل روند درخواست تجدیدنظر، می‌توانید هنگام وقوع این موارد، دادرسی ایالتی را درخواست کنید. اطلاعات مربوط به نحوه تسلیم درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی ایالتی در این کتابچه ذکر شده است. این اطلاعات همچنین باید در دفتر ارائه کننده‌تان نیز در دسترس باشند.

### اعلامیه حکم قطع مزایا به من چه خواهد گفت؟

اعلامیه حکم قطع مزایا به شما خواهد گفت:

- BHP شما چه کاری انجام داده که بر شما و توانایی‌تان در دریافت خدمات اثر می‌گذارد؛
- تاریخ لازم الاجرای حکم و دلیل تصمیم‌گیری طرح؛
- مقررات ایالتی یا فدرالی که شهر هنگام تصمیم‌گیری رعایت می‌کرده است؛
- اگر با تصمیم طرح موافقت ندارید، از چه حقوقی برخوردار هستید؛
- چگونه یک درخواست تجدیدنظر را برای طرح تسلیم کنید؛

- چگونه خواستار دادرسی ایالتی شوید؛
- چگونه خواستار درخواست تجدیدنظر فوری یا دادرسی ایالتی فوری شوید؛
- چگونه برای تسلیم درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی ایالتی کمک بگیرید؛
- ظرف چه مدتی باید درخواست تجدیدنظر را تسلیم نموده یا دادرسی ایالتی را درخواست کنید؛
- اگر هنگامی که منتظر حکم درخواست تجدیدنظر یا دادرسی ایالتی هستید، برای تداوم دریافت خدمات واجد شرایط می‌باشید یا خیر؛
- اگر می‌خواهید خدمات ادامه پیدا کند، چه زمانی درخواست تجدیدنظر را تسلیم نموده یا دادرسی ایالتی را درخواست کنید.

## زمانی که اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت کنم، چه کاری باید انجام دهم؟

زمانی که اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت کردید، باید تمام اطلاعات فرم را به دقت بخوانید. اگر فرم را درک نکردید، **BHP** می‌تواند به شما کمک کند. همچنین می‌توانید از فرد دیگری کمک بگیرید.

شما می‌توانید تداوم خدماتی را که هنگام تسلیم درخواست تجدیدنظر یا درخواست دادرسی عادلانه متوقف شده‌اند خواستار شوید. شما باید تداوم خدمات را حداکثر تا 10 روز بعد از دریافت اعلامیه حکم قطع مزایا یا قبل از تاریخ لازم الاجرای تغییر درخواست کنید.

## روندهای حل مشکل

چه می‌شود اگر خدماتی که می‌خواهم را از برنامه DMC-ODS شهر دریافت نکنم؟

BHP می‌تواند به شما در حل هر گونه مشکل مربوط به خدمات رفع سوء مصرف مواد که دریافت می‌کنید کمک کند. نام این فرایند، روند حل مشکل است و می‌تواند موارد ذیل را شامل شود:

1. **روند طرح شکایت** - ابراز نارضایتی در خصوص هرچیز مرتبط با خدمات درمان SUD شما، به استثنای حکم قطع مزایا
2. **روند درخواست تجدیدنظر** - بررسی تصمیم اتخاذ شده در خصوص خدمات درمان SUD شما (توقف یا تخییر خدمات) توسط BHP یا ارائه دهنده‌تان
3. **روند دادرسی ایالتی** - بررسی جهت اطمینان از دریافت خدمات درمان SUD که تحت برنامه Medi-Cal مستحق دریافت آنها هستید.

تسلیم یک شکایت، درخواست تجدیدنظر یا دادرسی ایالتی به ضرر شما نبوده و بر خدماتی که دریافت می‌کنید تأثیری نخواهد گذاشت. هنگام تکمیل شکایت یا درخواست تجدیدنظر، BHP به شما و سایر افراد دخیل در نتیجه نهایی اطلاع خواهد داد. هنگام تکمیل درخواست دادرسی ایالتی، اداره دادرسی ایالتی شما و سایر افراد دخیل را از نتیجه نهایی مطلع خواهد ساخت.

در مورد هر روند حل مشکل در ذیل اطلاعات بیشتری بیاموزید.

آیا می‌توانم برای تسلیم درخواست تجدیدنظر، شکایت یا درخواست دادرسی ایالتی کمک بگیریم؟

BHP افرادی را برای توضیح این روندها و کمک به شما در گزارش هرگونه مشکل، خواه در قالب طرح شکایت، درخواست

تجدیدنظر یا درخواست دادرسی ایالتی، در اختیار دارد. این افراد همچنین به شما کمک می‌کنند تا تصمیم بگیرید که آیا برای یک روند «فوری» واجد شرایط هستید یا خیر. این امر بدین معناست که درخواست شما سریع‌تر بررسی خواهد شد، زیرا سلامتی یا ثبات شما در خطر است. همچنین می‌توانید به فرد دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، از جمله ارائه دهنده سلامت روان تخصصی‌تان. در صورت تمایل به کمک گرفتن، با شماره 1-800-779-0787 تماس بگیرید.

چه می‌شود اگر برای حل یک مشکل مرتبط با طرح-DMC ODS شهر به کمک نیاز داشته باشم اما نخواهم درخواست تجدیدنظر یا شکایت بدهم؟

اگر برای یافتن افراد مناسب در شهر برای کمک به شما در سیستم شهر با مشکل مواجه شوید، می‌توانید از ایالت کمک بگیرید.

شما می‌توانید در دفتر کمک‌های حقوقی محلتان یا سایر گروه‌ها، کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. شما می‌توانید از واحد تحقیق و پاسخگویی عمومی، اطلاعاتی را مربوط به حقوق دادرسی‌تان و همچنین کمک‌های حقوقی رایگان دریافت نمایید.

شماره تلفن رایگان: 1-800-952-5253  
اگر ناشنوا هستید و از TDD استفاده می‌کنید، با این شماره تماس بگیرید: 1-800-952-8349

## روند طرح شکایت

### شکایت چیست؟

شکایت ابراز نارضایتی در مورد هر چیز مرتبط با خدمات درمان SUD است که جزو مشکلات تحت پوشش روندهای درخواست تجدیدنظر و دادرسی عادلانه قرار نمی‌گیرد.

### روند طرح شکایت:

- شامل رویه‌های ساده و قابل درکی است که به شما امکان طرح شفاهی یا کتبی شکایتان را می‌دهد.
- به هیچ وجه برای شما یا ارائه دهنده‌تان ضرری به دنبال ندارد.
- به شما اجازه می‌دهد تا فرد دیگری را برای اقدام از طرف خودتان تعیین کنید، از جمله یک ارائه دهنده. اگر شما به فرد دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، BHP ممکن است از شما بخواهد فرمی را امضا کنید که پیرو آن به این طرح اجازه داده می‌شود تا اطلاعات را به آن فرد ارائه کند.
- تضمین می‌کند که افراد تصمیم گیرنده برای این کار واجد شرایط بوده و در هیچ یک از بررسی‌ها یا تصمیم‌گیری‌های قبلی در هیچ سطحی دخالت نداشته‌اند.
- نقش‌ها و مسئولیت‌های شما، BHP و ارائه دهنده شما را مشخص می‌کند.
- راه حلی را برای تسلیم شکایت شما در مهلت‌های زمانی الزامی ارائه می‌نماید.

### چه زمانی می‌توانم شکایتم را تسلیم کنم؟

شما هر زمان که از خدمات درمان SUD که از BHP دریافت می‌کنید نارضایتی داشتید یا نگرانی دیگری در مورد BHP داشته باشید، می‌توانید شکایتان را به BHP تسلیم کنید.

### چگونه می‌توانم شکایتم را تسلیم کنم؟

برای کمک گرفتن در خصوص طرح شکایت، می‌توانید به شماره تلفن رایگان **BHP** تماس بگیرید. شهر پاکت‌های نامه دارای آدرس را در تمام سایت‌های ارائه دهندگان ارائه خواهد کرد تا شما شکایتان را با استفاده از آنها پست کنید. شکایت‌ها را هم می‌توان به صورت شفاهی و هم کتبی طرح کرد. شکایت‌های شفاهی نیازی به پیگیری کتبی ندارند.

## چگونه متوجه شوم که **BHP** شکایت من را دریافت کرده است؟

**BHP** با ارسال تأییدیه کتبی، به شما اطلاع خواهد داد که شکایتان را دریافت کرده است.

## چه زمانی در خصوص شکایت من تصمیم‌گیری خواهد شد؟

**BHP** باید ظرف 90 روز بعد از تاریخ تسلیم شکایتان، در خصوص آن تصمیم‌گیری کند. مهلت زمانی برای تصمیم‌گیری را می‌توان تا 14 روز تمدید نمود، مشروط بر آنکه از طرف شما درخواستی در این خصوص تسلیم شود یا اینکه **BHP** معتقد باشد که به اطلاعات اضافی نیاز است و این تأخیر به نفع شما می‌باشد. یک نمونه از زمانی که تأخیر می‌تواند به نفع شما باشد، هنگامی است که به باور **BHP** بتوان شکایت شما را در صورت داشتن وقت بیشتر برای کسب اطلاعات از شما و سایر افراد دخیل حل کرد.

## چگونه متوجه شوم که **BHP** برای شکایت من تصمیم‌گیری نموده است؟

هنگامی که برای شکایت شما تصمیمی اتخاذ شده باشد، **BHP** شما یا نماینده‌تان را به صورت کتبی از این تصمیم مطلع خواهد ساخت. در صورتی که **BHP** به موقع شما یا هر یک از طرفین تحت تأثیر تصمیم شکایت را مطلع نسازد، **BHP** اعلامیه حکم قطع مزایا را به شما ارائه خواهد نمود که در آن حق شما را مبنی بر درخواست دادرسی ایالتی اطلاع خواهد داد. **BHP** در

تاریخ اتمام مهلت زمانی مقرر، اعلامیه حکم قطع مزایا را به شما ارائه خواهد نمود.

آیا مهلت زمانی معینی برای طرح شکایت وجود دارد؟

شما می‌توانید هر زمان شکایتان را طرح کنید.

## روند درخواست تجدیدنظر (استاندارد و فوری)

**BHP** ملزم است به شما امکان درخواست بررسی تصمیمی را بدهد که طرح یا ارائه دهندگان شما در خصوص خدمات درمان **SUD** شما اتخاذ نموده‌اند. به دو طریق می‌توان درخواست بررسی نمود. یک راه استفاده از روند درخواست تجدیدنظر استاندارد است. راه دیگر استفاده از روند درخواست تجدیدنظر فوری می‌باشد. این دو نوع درخواست، مشابه هستند. با وجود این، واجد شرایط بودن برای درخواست فوری الزامات خاصی دارد. این الزامات خاص در ذیل توضیح داده شده‌اند.

### درخواست تجدیدنظر استاندارد چیست؟

درخواست تجدیدنظر استاندارد، درخواست بررسی مشکلی است که با طرح یا ارائه دهندگان شما دارید و شامل رد یا تغییر خدماتی می‌باشد که فکر می‌کنید به آنها نیاز دارید. در صورت درخواست تجدیدنظر استاندارد، **BHP** می‌تواند ظرف 30 روز آن را بررسی کند. اگر فکر می‌کنید که 30 روز انتظار سلامت شما

را به خطر خواهد انداخت، باید خواستار «درخواست تجدیدنظر فوری» شوید.

روند درخواست تجدیدنظر استاندارد:

- به شما امکان می‌دهد درخواست تجدیدنظر خود را به صورت شفاهی یا کتبی تسلیم نمایید. اگر درخواستان را به صورت شفاهی تسلیم کنید، باید به دنبال آن یک درخواست تجدیدنظر کتبی و امضا شده را ارائه نمایید. می‌توانید برای نوشتن درخواست کمک بگیرید. در صورتی که یک درخواست تجدیدنظر امضا شده و کتبی را ارائه نکنید، درخواستان حل و فصل نخواهد شد. با این وجود، تاریخ ارائه درخواست تجدیدنظر شفاهی شما، تاریخ تشکیل پرونده محسوب می‌شود.
- تضمین می‌دهد که ارائه درخواست تجدیدنظر به هیچ وجه به ضرر شما یا ارائه دهنده شما نخواهد بود.
- به شما امکان می‌دهد تا فرد دیگری را برای اقدام از طرف خودتان تعیین کنید، از جمله یک ارائه دهنده. اگر شما به فرد دیگری اجازه دهید تا از طرف شما اقدام کند، طرح ممکن است از شما بخواهد فرمی را امضا کنید که در آن به طرح اجازه داده می‌شود تا اطلاعات را در اختیار آن شخص قرار دهد.
- ارائه مزایا به شما را تا زمان تسلیم درخواست تجدیدنظر ظرف 10 روز از تاریخ پست کردن یا ارائه اعلامیه حکم قطع مزایا به شما به صورت حضوری، ادامه می‌دهد. زمانی که درخواست تجدیدنظرتان در حال رسیدگی است، نیازی به پرداخت هزینه خدماتی که تداوم یافته‌اند ندارید. اگر شما تداوم مزایا را درخواست کنید و حکم نهایی تجدیدنظر، تصمیمی مبنی بر کاهش یا توقف خدمات دریافتی‌تان را تأیید کند، ممکن است مجبور شوید هزینه خدمات ارائه شده هنگام رسیدگی به درخواست تجدیدنظرتان را پرداخت کنید.
- تضمین می‌کند که افراد تصمیم گیرنده برای این کار واجد شرایط بوده و در هیچ یک از بررسی‌ها یا تصمیم‌گیری‌های قبلی در هر سطح دخالتی نداشته‌اند.
- به شما یا نماینده‌تان اجازه بررسی پرونده‌تان را می‌دهد، از جمله پرونده پزشکی یا سایر مدارک و پرونده‌های بررسی شده در طول روند درخواست تجدیدنظر.

- به شما اجازه می‌دهد تا فرصتی منطقی برای ارائه شواهد و ادعای واقعیت یا قانون به صورت حضوری یا کتبی داشته باشید.
- به شما، نماینده شما یا نماینده قانونی میراث یک عضو متوفی اجازه می‌دهد تا به عنوان طرفین درخواست تجدیدنظر لحاظ شوید.
- با ارسال تأییدیه کتبی به شما اطلاع می‌دهد که درخواست تجدیدنظرتان درحال بررسی است.
- پس از تکمیل روند درخواست تجدیدنظر، شما را از حقتان برای درخواست دادرسی ایالتی مطلع می‌سازد.

### چه زمانی می‌توانم درخواست تجدیدنظر دهم؟

شما می‌توانید به طرح DMC-ODS شهرتان درخواست تجدیدنظر دهید:

- اگر شهر شما یا هر یک از ارائه دهندگان طرف قرارداد شهر تشخیص دهد که شما برای دریافت هیچ یک از خدمات درمان **Medi-Cal SUD** واجد شرایط نیستید، زیرا معیارهای ضرورت پزشکی را دارا نمی‌باشید؛
- اگر ارائه دهنده شما فکر کند که به خدمات درمان **SUD** نیاز دارید و خواستار تأیید شهر شود، اما شهر موافقت نکرده و درخواست ارائه دهنده شما را رد کند یا نوع یا تعداد خدمات را کاهش دهد؛
- اگر ارائه دهنده شما خواستار تأیید **BHP** شود، اما شهر به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز داشته باشد و روند تأیید را به موقع تکمیل نکند؛
- اگر **BHP** خدمات را براساس مهلت‌های زمانی که خود تعیین کرده به شما ارائه نکند؛
- اگر فکر نمی‌کنید که **BHP** خدمات را به اندازه کافی زود به شما تحویل می‌دهد تا نیازهایتان را رفع کنید؛
- اگر شکایت، درخواست تجدیدنظر استاندارد یا فوری‌تان به موقع حل و فصل نشده باشد؛
- اگر شما و ارائه دهنده‌تان در خصوص خدمات **SUD** مورد نیازتان با هم توافق نداشته باشید.

## چگونه می‌توانم درخواست تجدیدنظر را تسلیم کنم؟

برای کمک گرفتن در خصوص طرح شکایت، می‌توانید با شماره تلفن رایگان **BHP** تماس بگیرید. این طرح پاکت‌های نامه دارای آدرس را در تمام سایت‌های ارائه دهندگان قرار خواهد داد تا شما درخواست تجدیدنظر را با استفاده از آنها پست کنید.

## چگونه متوجه شوم که در خصوص شکایت من تصمیم‌گیری شده است؟

طرح **DMC-ODS** شهر، شما یا نماینده‌تان را به صورت کتبی از تصمیم اتخاذ شده در خصوص درخواست تجدیدنظر مطلع خواهد ساخت. این اعلامیه شامل اطلاعات ذیل خواهد بود:

- نتایج روند حل و فصل درخواست تجدیدنظر
- تاریخ تصمیم‌گیری در خصوص درخواست تجدیدنظر
- اگر درخواست تجدیدنظر بطور کامل به نفع شما حل نشود، اعلامیه شامل اطلاعاتی مربوط به حق شما مبنی بر درخواست دادرسی ایالتی و روند درخواست دادرسی ایالتی خواهد بود.

## آیا مهلت زمانی معینی برای درخواست تجدیدنظر وجود دارد؟

شما باید ظرف 60 روز از تاریخ اعلامیه حکم قطع مزایا، درخواست تجدیدنظر را تسلیم کنید. به یاد داشته باشید که همیشه اعلامیه حکم قطع مزایا را دریافت نخواهید کرد. هنگام عدم دریافت اعلامیه حکم قطع مزایا، هیچ محدودیت زمانی برای ارائه درخواست تجدیدنظر وجود ندارد و شما می‌توانید هر زمان آن را تسلیم کنید.

## چه زمانی در خصوص درخواست تجدیدنظر من تصمیم‌گیری خواهد شد؟

**BHP** باید ظرف 30 روز از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر، در خصوص آن تصمیم‌گیری کند. مهلت زمانی برای

تصمیم‌گیری را می‌توان تا 14 روز تمدید نمود، مشروط بر آنکه از طرف شما درخواستی در این خصوص تسلیم شود یا آنکه BHP معتقد باشد که به اطلاعات اضافی نیاز است و این تأخیر به نفع شما می‌باشد. یک نمونه از زمانی که تأخیر می‌تواند به نفع شما باشد، هنگامی است که BHP معتقد باشد بتواند درخواست تجدیدنظر شما را در صورت داشتن وقت بیشتر برای کسب اطلاعات از شما و یا ارائه دهنده‌تان حل کند.

اگر نتوانم 30 روز برای تصمیم‌گیری در خصوص درخواست تجدیدنظرم منتظر بمانم چه می‌شود؟

در صورت واجد شرایط بودن برای روند درخواست تجدیدنظر فوری، روند درخواست تجدیدنظر ممکن است سریع‌تر انجام شود.

### درخواست تجدیدنظر فوری چیست؟

درخواست تجدیدنظر فوری راهی سریع‌تر برای تصمیم‌گیری در خصوص یک درخواست تجدیدنظر است. روند درخواست تجدیدنظر فوری، روندی مشابه با درخواست تجدیدنظر استاندارد دارد. با وجود این،

- درخواست تجدیدنظر شما باید الزامات خاصی را داشته باشد؛
- مهلت‌های زمانی روند درخواست تجدیدنظر فوری با درخواست تجدیدنظر استاندارد فرق دارد؛
- می‌توانید بطور شفاهی درخواست تجدیدنظر فوری را خواستار شوید. نیازی نیست این درخواست تجدیدنظر فوری را بطور کتبی ارائه کنید.

چه زمانی می‌توانم درخواست تجدیدنظر فوری را تسلیم کنم؟

اگر فکر می‌کنید که انتظار تا 30 روز برای تصمیم در خصوص درخواست تجدیدنظر استاندارد، ممکن است زندگی، سلامت و توانایی شما را در دستیابی، حفظ و کسب مجدد حداکثر کارکردتان به خطر اندازد، می‌توانید خواستار درخواست

تجدیدنظر فوری شوید. اگر BHP موافقت کند که درخواست تجدیدنظر شما شامل الزامات یک درخواست تجدیدنظر فوری است، شهر شما درخواست تجدیدنظر فوری‌تان را ظرف 72 ساعت از زمان دریافت درخواست حل خواهد کرد. مهلت زمانی برای تصمیم‌گیری را می‌توان تا 14 روز تمدید نمود، مشروط بر آنکه از طرف شما درخواستی در این خصوص تسلیم شود یا اینکه BHP معتقد باشد که به اطلاعات اضافی نیاز است و این تأخیر به نفع شما می‌باشد. در صورت تمدید مهلت زمانی توسط BHP، این طرح توضیحی کتبی در خصوص دلیل تمدید مهلت زمانی ارائه خواهد کرد.

اگر BHP تصمیم بگیرد که درخواست تجدیدنظر شما واجد شرایط درخواست تجدیدنظر فوری نیست، این مرکز هر گونه تلاش معقولی را باید انجام دهد تا سریعاً اعلان شفاهی را به شما ارائه نموده و همچنین ظرف دو روز اعلامیه کتبی را نیز ارائه کند که در آن دلیل تصمیم‌گیری را بیان می‌نماید. سپس درخواست شما، از مهلت زمانی درخواست تجدیدنظر استاندارد ذکر شده در این بخش تبعیت خواهد کرد. اگر با تصمیم شهر مبنی بر واجد شرایط نبودن برای درخواست تجدیدنظر فوری موافق نیستید، می‌توانید طرح شکایت کنید.

زمانی که BHP درخواست شما برای تجدیدنظر فوری را حل کند، طرح، شما و تمام طرفین تحت تأثیر را به صورت شفاهی و کتبی مطلع خواهد ساخت.

## روند دادرسی ایالتی

### دادرسی ایالتی چیست؟

اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا، دادرسی ایالتی را به صورت مستقل انجام می‌دهد تا اطمینان حاصل شود که خدمات درمان SUD را که تحت برنامه Medi-Cal مستحق آن هستید دریافت می‌کنید.

## حقوق من در رابطه با دادرسی ایالتی چیست؟

شما حق دارید تا:

- یک جلسه دادرسی در اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا داشته باشد (که دادرسی ایالتی نامیده می‌شود)؛
- در مورد نحوه درخواست دادرسی ایالتی اطلاعات دریافت کنید؛
- در خصوص مقررات حاکم بر وکالت در دادرسی ایالتی اطلاعات دریافت کنید؛
- در صورت ارائه درخواست دادرسی ایالتی ظرف مهلت زمانی لازم، همچنان مزایای خود را طی روند دادرسی ایالتی دریافت کنید.

### چه زمانی می‌توانم دادرسی ایالتی را درخواست کنم؟

شما می‌توانید دادرسی ایالتی را درخواست کنید:

- اگر روند درخواست تجدیدنظر BHP را تکمیل کرده باشید.
- اگر شهر شما یا یکی از ارائه دهندگان طرف قرارداد شهر تصمیم بگیرد که شما برای دریافت هیچ یک از خدمات درمان Medi-Cal SUD واجد شرایط نیستید زیرا معیارهای ضرورت پزشکی را دارا نمی‌باشید؛
- اگر ارائه دهنده شما فکر کند که به خدمات درمان SUD نیاز دارید و خواستار تأیید BHP شود، اما BHP موافقت نکرده و درخواست ارائه دهنده شما را رد کند یا نوع یا تعداد خدمات را کاهش دهد؛
- اگر ارائه دهنده شما خواستار تأیید BHP شود، اما شهر به اطلاعات بیشتری برای تصمیم‌گیری نیاز داشته باشد و روند تأیید را به موقع تکمیل نکند؛
- اگر BHP خدمات را براساس مهلت زمانی تعیین شده توسط این مرکز به شما ارائه نکند؛
- اگر به باور شما BHP خدمات را آنقدر دیر ارائه می‌دهد که نیازهایتان رفع نمی‌گردد؛
- اگر شکایت یا درخواست تجدیدنظر استاندارد یا فوری‌تان به موقع حل و فصل نشده باشد؛
- اگر شما و ارائه دهنده‌تان در خصوص خدمات درمان SUD مورد نیازتان با هم توافق نداشته باشید.

### چگونه می‌توانم دادرسی ایالتی را درخواست کنم؟

شما می‌توانید با ارسال نامه به آدرس ذیل، مستقیماً از اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا دادرسی ایالتی را درخواست کنید:

*State Hearings Division*

*California Department of Social Services*

*744 P Street, Mail Station 9-17-37*

*Sacramento, California 95814*

همچنین می‌توانید به شماره 1-800-952-8349 یا 1-800-952-8349 برای TDD تماس بگیرید.

آیا برای درخواست دادرسی ایالتی، مهلت زمانی وجود دارد؟

شما تنها 120 روز وقت دارید تا دادرسی ایالتی را درخواست کنید. این 120 روز یا از روز ارائه اعلامیه حکم درخواست تجدیدنظر به صورت حضوری توسط BHP به شما یا روز بعد از تاریخ ارسال پستی اعلامیه حکم درخواست تجدیدنظر شهر شروع می‌شود.

در صورت عدم دریافت اعلامیه حکم قطع مزایا، می‌توانید هر زمان دادرسی ایالتی را درخواست کنید.

آیا هنگام انتظار برای حکم دادرسی ایالتی می‌توانم همچنان خدمات را دریافت کنم؟

بلی، اگر در حال حاضر تحت درمان هستید و می‌خواهید درحین درخواست تجدیدنظر تا به درمان ادامه دهید، باید ظرف 10 روز بعد از تاریخ پست کردن یا ارائه اعلامیه حکم درخواست تجدیدنظر به شما یا قبل از تاریخی که BHP شما را در جریان توقف یا کاهش خدمات قرار دهد، دادرسی ایالتی را درخواست کنید. هنگام درخواست برای دادرسی ایالتی، شما باید اعلام کنید که می‌خواهید به دریافت درمان خود ادامه دهید. به علاوه، نیازی نیست که برای خدمات دریافت شده درطول رسیدگی به دادرسی ایالتی هزینه‌ای پرداخت کنید.

در صورت درخواست برای دریافت ادامه مزایا، اگر حکم نهایی دادرسی ایالتی مبنی بر کاهش یا توقف خدمات دریافتی‌تان باشد، ممکن است ملزم به پرداخت هزینه خدماتی شوید که هنگام رسیدگی به دادرسی ایالتی دریافت نموده‌اید.

## اگر نتوانم 90 روز برای حکم دادرسی ایالتی منتظر بمانم چه می‌شود؟

اگر فکر می‌کنید که مهلت زمانی عادی 90 روزه می‌تواند برای سلامتی شما مضر باشد، از جمله مشکلات مرتبط با توانایی‌تان در دستیابی، حفظ و کسب مجدد حداکثر کارکردتان، می‌توانید خواستار «دادرسی فوری» شوید. اداره خدمات اجتماعی، بخش دادرسی ایالتی، درخواست دادرسی ایالتی فوری شما را بررسی خواهد نمود و در خصوص واجد شرایط بودن آن تصمیم خواهد گرفت. در صورت تأیید درخواست دادرسی فوری، یک جلسه دادرسی برگزار خواهد شد و حکم دادرسی ظرف سه روز کاری بعد از تاریخ دریافت درخواست شما، توسط بخش دادرسی ایالتی صادر خواهد شد.

## اطلاعات مهم در خصوص برنامه Medi-Cal ایالت کالیفرنیا

چه کسانی می‌توانند Medi-Cal دریافت کنند؟

اگر جزو یکی از گروه‌های ذیل هستید، ممکن است برای دریافت Medi-Cal واجد شرایط باشید:

- 65 سال یا بیشتر
- زیر 21 سال
- یک بزرگسال بین 21 الی 65 ساله براساس میزان درآمد
- نابینا یا ناتوان
- باردار
- پناهنده‌های خاص یا مهاجران کوبایی/هائیتی
- دریافت کننده مراقبت در خانه سالمندان

برای واجد شرایط بودن در Medi-Cal، باید در کالیفرنیا زندگی کنید. برای درخواست یک برنامه Medi-Cal، به دفتر خدمات اجتماعی محلی شهرتان تماس بگیرید یا مراجعه نمایید یا از طریق اینترنت به این آدرس بروید:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/MediCalApplications.aspx>

## آیا باید هزینه Medi-Cal را پرداخت کنم؟

بسته به میزان پولی که هر ماه دریافت یا کسب می‌کنید ممکن است مجبور به پرداخت هزینه Medi-Cal باشید.

- اگر درآمد شما از حدودی که Medi-Cal برای تعداد اعضای خانواده شما لحاظ نموده کمتر باشد، نیازی به پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal نخواهید داشت.

- اگر درآمد شما از حدود Medi-Cal برای تعداد اعضای خانواده شما بیشتر باشد، باید مقداری از هزینه‌های خدمات پزشکی یا درمان SUD را پرداخت کنید. مبلغی که پرداخت می‌کنید، «سهم هزینه» شما نام دارد. پس از پرداخت «سهم هزینه»، Medi-Cal مابقی صورتحساب‌های پزشکی تحت پوشش را برای آن ماه پرداخت خواهد کرد. در ماه‌هایی که هزینه‌های پزشکی ندارید، نیازی نیست هیچ مبلغی پرداخت کنید.

- ممکن است برای هر گونه درمان تحت بیمه Medi-Cal، مجبور به پرداخت «کمک هزینه» شوید. این یعنی با هر بار دریافت خدمات پزشکی یا درمان SUD یا یک داروی تجویز شده، مبلغ آن را دریافت نموده و در صورت رفتن به اورژانس برای خدمات عادی کمک هزینه پرداخت کنید. ارائه دهنده شما به اطلاعاتتان خواهد رساند که آیا باید کمک هزینه پرداخت کنید یا خیر.

## آیا Medi-Cal حمل و نقل را تحت پوشش قرار می‌دهد؟

اگر برای رفتن به مطب پزشک یا جلسات درمان اعتیاد به مواد مخدر و الکل مشکل دارید، برنامه Medi-Cal می‌تواند به شما در یافتن حمل و نقل کمک کند.

- برای کودکان، برنامه سلامت و پیشگیری از معلولیت کودکان (CHDP) می‌تواند کمک کننده باشد. شما همچنین می‌توانید با دفتر خدمات اجتماعی شهر به نشانی ذیل تماس بگیرید. همچنین می‌توانید اطلاعات را با مراجعه به سایت [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) به صورت آنلاین و سپس کلیک روی «خدمات» و سپس «Medi-Cal» دریافت کنید.

- برای بزرگسالان، دفتر خدمات اجتماعی شهر به نشانی ذیل می‌تواند کمک کند یا می‌توانید اطلاعات را با مراجعه به سایت [www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov) به صورت آنلاین و سپس کلیک روی «خدمات» و سپس «Medi-Cal» دریافت نمایید.

- اگر در طرح مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal (MCP) ثبت نام نموده‌اید، MCP موظف است تا به شما در حمل و

نقلتان مطابق بخش 14132 قانون رفاه و مؤسسات کمک کند. خدمات حمل و نقل برای همه نیازهای خدماتی در دسترس است، از جمله آنهایی که در برنامه DMC-ODS فهرست نشده اند.

آدرس دفتر محلی خود را در آدرس وب سایت <http://dhcs.ca.gov/COL> پیدا کنید یا دفاتر آژانس خدمات اجتماعی شهرستان آلامدا در لیست ذیل را ببینید:

North Oakland Self Sufficiency Center  
2000 San Pablo Ave  
Oakland CA 94612

Eastmont Self-Sufficiency Center  
6955 Foothill Blvd Suite 100  
Oakland CA 94605

Enterprise Self Sufficiency Center  
8477 Enterprise Way  
Oakland CA 94621

Eden Area Multi-Service Center  
24100 Amador St  
Hayward CA 94544

Fremont Outstation  
39155 Liberty St Ste C330  
Fremont CA 94536

Livermore Outstation  
2481 Constitution Drive, Suite B  
Livermore CA 94551

از طریق تلفن: برای درخواست از طریق تلفن، با دفتر محلی خود تماس بگیرید. می‌توانید شماره تلفن را در آدرس وب سایت

http://dhcs.ca.gov/COL پیدا کنید. دفاتر آژانس خدمات اجتماعی شهرستان آلامدا در لیست ذیل را ببینید:

North Oakland

510-891-0700

Eden: South County

510-670-6000

Enterprise: East County

510-263-2420

Eastmont: East County

510-383-5300

Fremont Outstation

510-795-2428

Livermore Outstation

925-455-0747

**به صورت آنلاین:** به صورت آنلاین، در آدرس [www.benefitscal.com](http://www.benefitscal.com) یا [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) درخواست دهید. درخواست‌ها به صورت امن و مستقیماً به دفتر خدمات اجتماعی شهر محل زندگی‌تان ارسال می‌شوند، زیرا Medi-Cal در سرتاسر شهر ارائه می‌شود.

**به صورت حضوری:** برای درخواست به صورت حضوری، آدرس اداره شهر محل‌تان را در وب سایت <http://dhcs.ca.gov/COL> بیابید. در این وب سایت، می‌توانید برای تکمیل درخواست‌تان کمک بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص آژانس خدمات اجتماعی شهر آلامدا، به وب سایت زیر مراجعه کنید:

[http://www.alamedasocialservices.org/public/services/medical\\_and\\_health/index.cfm](http://www.alamedasocialservices.org/public/services/medical_and_health/index.cfm)

در صورتی که برای ارائه درخواست‌تان به کمک نیاز داشته یا هرگونه سؤالی دارید، می‌توانید به صورت رایگان با مشاور

رسمی ثبت نام (CEC) تماس بگیرید. به شماره 1-800-300-1506 زنگ زده یا در آدرس <http://www.coveredca.com/get-help/local>، یک CEC (مشاور ثبت نام) محلی را جستجو کنید.

در صورت داشتن هرگونه سؤال در خصوص برنامه Medi-Cal، به آدرس ذیل مراجعه کنید:  
<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx>.

## حقوق و مسئولیت‌های اعضا

### حقوق من به عنوان دریافت کننده خدمات DMC-ODS چیست؟

به عنوان یک فرد واجد شرایط Medi-Cal و ساکن یک شهر دارای برنامه آزمایشی DMC-ODS، شما حق دارید تا خدمات درمان SUD را از BHP دریافت کنید. شما حق دارید تا:

- با توجه به حق شما در حفظ حریم خصوصی و لزوم محرمانه باقی ماندن اطلاعات پزشکی‌تان، به شکل محرمانه با شما رفتار شود؛
- اطلاعات مربوط به انتخاب‌های درمانی موجود را دریافت نموده و متناسب با وضعیت‌تان و به صورت قابل فهم برای‌تان توضیح داده شود؛
- در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌های SUD‌تان نقش داشته باشید، از جمله حق امتناع از درمان؛
- در صورت ضرورت پزشکی برای درمان یک وضعیت اضطراری یا شرایط فوری و بحرانی، به موقع به مراقبت‌ها دسترسی داشته باشید، از جمله خدمات در دسترس 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.
- اطلاعات موجود در این کتابچه در خصوص خدمات درمان SUD تحت پوشش طرح DMC-ODS شهر و همچنین سایر تعهدات این مرکز و حقوق‌تان که در اینجا شرح یافته را دریافت کنید.

- از اطلاعات محرمانه پزشکی شما محافظت شود.
- خواستار یک نسخه از سوابق پزشکی‌تان و در صورت نیاز تغییر یا اصلاح آن مطابق با آنچه در بند 45 CFR 544.526 و 544.526 مشخص شده شوید؛
- سایر جزوات کتبی را در قالب‌های جایگزین (مانند چاپی با حروف بزرگ، بریل یا صوتی) به دنبال درخواست و به موقع، متناسب با قالب درخواست شده دریافت کنید.
- خدمات ترجمه شفاهی را به صورت رایگان به زبان موردنظرتان دریافت کنید.
- خدمات درمان SUD را از یک BHP دریافت کنید که از الزامات قرارداد خود با ایالت در زمینه دسترسی به خدمات، تضمین ظرفیت و خدمات کافی، هماهنگی و تداوم مراقبت‌ها و پوشش و مجوزدهی به خدمات پیروی می‌کند.
- در صورتی که زیر سن قانونی هستید، به خدمات مربوط به رضایت افراد زیر سن قانونی دسترسی داشته باشید.
- به خدمات ضروری پزشکی خارج از شبکه به موقع دسترسی داشته باشید، اگر طرح فاقد کارمند یا ارائه دهنده طرف قرارداد برای ارائه این خدمات باشد. «ارائه دهنده خارج از شبکه» یعنی ارائه دهنده‌ای که در لیست ارائه دهندگان BHP قرار ندارد. شهر باید مطمئن شود که شما هیچ مبلغ اضافه‌ای برای بازدید از ارائه دهنده خارج از شبکه پرداخت نمی‌کنید. برای دریافت اطلاعات درخصوص نحوه دریافت خدمات از ارائه دهنده خارج از شبکه، می‌توانید با شماره تلفن رایگان 24 ساعته 1-844-682-7215 تماس بگیرید.
- نظر یک متخصص مراقبت‌های درمانی واجد شرایط دیگر در داخل یا خارج شبکه شهر را بدون هزینه اضافی خواستار شوید.
- شکایت‌ها درخصوص سازمان یا مراقبت‌های دریافتی را چه به صورت شفاهی و چه کتبی تسلیم کنید.
- بعد از دریافت حکم قطع مزایا، چه به صورت شفاهی و چه کتبی درخواست تجدیدنظر دهید.

- برای دادرسی ایالتی منصفانه Medi-Cal، درخواست خود را تسلیم کنید که شامل درخواست اطلاعات مربوط به شرایطی که یک دادرسی فوری منصفانه امکان‌پذیر است نیز می‌گردد.
- از هرگونه محدودیت یا انزوا به عنوان وسیله‌ای برای اجبار، تنبیه، راحتی، مجازات یا انتقام‌گیری از شما پرهیز شود؛
- آزادانه از این حقوقتان بدون تأثیر منفی بر نحوه برخورد BHP، ارائه دهندگان و یا ایالت با شما استفاده کنید.

## مسئولیت‌های من به عنوان دریافت کننده خدمات DMC-ODS چیست؟

به عنوان دریافت کننده خدمات DMC-ODS، شما مسئولیت دارید تا:

- مطالب راهنمای مخصوص اعضا را که از BHP دریافت کرده‌اید به دقت بخوانید. این مطالب به شما کمک می‌کنند تا بدانید کدام خدمات در دسترس بوده و در صورت نیاز به درمان، چگونه آن را دریافت کنید.
- در جلسات درمانی، طبق برنامه‌های زمانی حاضر شوید. در صورت پیروی از طرح درمانی خود، بهترین نتیجه را بدست خواهید آورد. اگر نمی‌توانید در یک جلسه حاضر شوید، حداقل 24 ساعت زودتر با ارائه دهنده‌تان تماس گرفته و برای یک روز و زمان دیگر قرار بگذارید.
- همیشه کارت شناسایی مزایای Medi-Cal (BIC) و کارت شناسایی عکس‌دار خود را هنگام حضور در جلسه درمانی همراه داشته باشید.
- در صورت نیاز به مترجم شفاهی، قبل از جلسه به ارائه دهنده‌تان اطلاع دهید.
- تمام نگرانی‌های پزشکی‌تان را به ارائه دهنده اطلاع دهید تا طرح درمانی شما صحیح پیش رود. هرچه اطلاعات کامل‌تری را در خصوص نیازهایتان به اشتراک بگذارید، درمان شما موفق‌تر خواهد بود.

- هر سؤالی که دارید از ارائه دهنده خود بپرسید. بسیار مهم است که طرح درمانی و هرگونه اطلاعاتی را که در طول درمان دریافت می‌کنید به طور کامل درک نمایید.
- از طرح درمانی مورد توافق خود و ارائه دهنده‌تان پیروی کنید.
- به دنبال برقراری ارتباط کاری قوی با ارائه دهنده خدمات درمانی خود باشید.
- در صورت داشتن هرگونه سؤال در مورد خدمات‌تان یا هرگونه مشکل با ارائه دهنده‌تان که نتوانید حل کنید، با BHP تماس بگیرید.
- در صورت هرگونه تغییر در اطلاعات شخصی‌تان، به ارائه دهنده و BHP اطلاع دهید. این مهم شامل آدرس، شماره تلفن و هرگونه اطلاعات پزشکی دیگری است که ممکن است بر توانایی شما در شرکت در جلسات درمانی اثر بگذارند؛
- با کارکنانی که خدمات درمانی را به شما ارائه می‌کنند، با ادب و احترام رفتار کنید؛
- اگر به کلاه برداری یا تخلفی مشکوک شدید، آن را گزارش دهید؛

○ اطلاعات درخصوص برنامه افشاگری مرکز سلامت رفتاری شهر آلامدا بصورت آنلاین در این آدرس در دسترس هستند: <http://www.acbhcs.org/whistleblower-2/>

▪ تلفن: 1-844-729-7055

▪ فکس: (510) 639-1346

▪ ایمیل: [ProgIntegrity@acgov.org](mailto:ProgIntegrity@acgov.org)

▪ آدرس پستی: 2000 Embarcadero, Suite 400,  
Oakland, CA 94606 Attn: QA Office

○ فرم گزارش افشاگری  
برای اطلاعات بیشتر می‌توانید [سیاست افشاگری](#) و [اعلامیه افشاگری](#) را مرور کنید.

## فهرست ارائه دهندگان

در ذیل لینک ارائه دهندگان خدمات مراقبت‌های سلامت رفتاری شهر آلامدا (BHCS) قرار دارد. بعضی از ارائه دهندگان لیست شده تنها خدمات تخصصی را به گروه‌های محدود ارائه می‌کنند. برای آغاز دریافت خدمات، مهم است که شما ابتدا به شماره تلفن درمان و ارجاع سوء مصرف مواد مخدر **1-844-682-7215** برای غربالگری و ارجاع به مناسبترین ارائه دهنده‌ای تماس بگیرید که می‌تواند نیازهای خاص‌تان را برآورده کند، از جمله نیازهای زبانی، ارتباطاتی و و نیازمندی‌های مرتبط با مکان خدمات هر زمان که لازم باشد. آنها همچنین به روزترین اطلاعات را درخصوص جاهای خالی ارائه دهنده‌ها ارائه می‌کنند. پس از شناسایی یک ارائه دهنده، می‌توانید برای تعیین وقت ملاقات مستقیماً با ارائه دهنده تماس بگیرید.

- برای خدمات بهداشت روان: با برنامه BHCS ACCESS به شماره **1-800-491-9099** تماس بگیرید.
- برای خدمات سوء مصرف مواد مخدر به شماره درمان و ارجاع سوء مصرف مواد مخدر **1-844-682-7215** تماس بگیرید.
- برای محدودیت‌های شنوایی یا گفتاری، به شماره **711** برای سرویس رله کالیفرنیا تماس بگیرید.
- برای یافتن فهرست ارائه دهندگان سلامت روان [اینجا](#) را کلیک کنید.
- برای یافتن فهرست ارائه دهندگان اختلالات سوء مصرف مواد مخدر توسط سایت [اینجا](#) را کلیک کنید.
- برای یافتن فهرست کارکنان ارائه دهنده اختلالات سوء مصرف مواد مخدر [اینجا](#) را کلیک کنید.

**ACBH** فهرست ارائه دهندگان را بصورت آنلاین در سایت [http://www.ACBH.org/provider\\_directory/](http://www.ACBH.org/provider_directory/) منتشر می‌کند که به این زبان‌ها در دسترس است: اسپانیایی، ویتنامی؛ چینی ساده شده؛ چینی سنتی؛ فارسی؛ کره‌ای و تاگالوگ. شما همچنین می‌توانید

با تماس به شماره رایگان نوشته شده در قسمت جلوی این کتابچه به این فهرست دسترسی پیدا کنید.

## درخواست انتقال مراقبت

چه زمانی می‌توانم درخواست کنم تا ارائه دهنده قبلی خودم را که اکنون از شبکه خارج شده حفظ کنم؟

- پس از پیوستن به BHP، می‌توانید درخواست کنید ارائه دهنده خارج از شبکه خود را حفظ نمایید اگر:
- انتقال به یک ارائه دهنده جدید می‌تواند باعث آسیب جدی به سلامت شما یا افزایش خطر بستری شدن شما شود؛ و
- شما در حال دریافت درمان از ارائه دهنده خارج از شبکه قبل از انتقال‌تان به BHP بودید.

چگونه می‌توانم درخواست کنم ارائه دهنده از شبکه خارج شده ام را حفظ کنم؟

- شما، نمایندگان مجازتان یا ارائه دهنده فعلی‌تان می‌تواند درخواست کتبی به BHP تسلیم کند. همچنین می‌توانید برای دریافت اطلاعات درخصوص نحوه درخواست خدمات از یک ارائه دهنده خارج از شبکه، به شماره تلفن رایگان 21 ساعت 1-844-682-7215 تماس بگیرید.
- BHP تأییدیه کتبی دریافت درخواست شما را ارسال خواهد نمود و رسیدگی به درخواست شما را ظرف سه روز کاری آغاز خواهد کرد.

چه می‌شود اگر بعد از انتقال به BHP به ملاقات با ارائه دهنده از شبکه خارج شده خودم ادامه دهم؟

- شما می‌توانید درخواست انتقال مراقبت را ظرف سی (30) روز از زمان دریافت خدمات از یک ارائه دهنده خارج از شبکه تسلیم کنید.

چرا BHP ممکن است درخواست انتقال مراقبت من را رد کند؟

- BHP می‌تواند درخواست شما مبنی بر حفظ ارائه دهنده قبلی‌تان که اکنون از شبکه خارج شده است را رد کند اگر:

- BHP مسائل مربوط به کیفیت مراقبت‌ها را با ارائه دهنده مستند کرده باشد.

## در صورت رد شدن درخواست انتقال مراقبت من چه می‌شود؟

- اگر BHP درخواست انتقال مراقبت‌های شما را رد کند:
  - به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهد؛
  - حداقل یک ارائه دهنده جایگزین درون شبکه را به شما معرفی می‌کند که سطح خدمات مشابه با ارائه دهنده قبلی خارج از شبکه را ارائه می‌کند؛ و
  - در صورت عدم موافقت شما با این رد درخواست، شما را از حق‌تان برای طرح شکایت مطلع می‌سازد.
- اگر BHP چند ارائه دهنده درون شبکه جایگزین را به شما معرفی کند و شما از بین آنها انتخاب نکنید، BHP شما را به یک ارائه دهنده درون شبکه ارجاع داده یا منتصب می‌کند و شما را بصورت کتبی از این ارجاع یا انتصاب مطلع می‌سازد.

## در صورت تأیید شدن درخواست انتقال مراقبت من چه می‌شود؟

- ظرف هفت (7) روز پس از تأیید درخواست انتقال مراقبت شما، BHP به شما این موارد را ارائه می‌کند:
  - تأییدیه درخواست؛
  - مدت زمان رسیدگی به انتقال مراقبت؛
  - فرایندی که برای انتقال مراقبت شما در پایان دوره تداوم مراقبت‌ها رخ می‌دهد؛ و
  - حق شما در انتخاب یک ارائه دهنده متفاوت از شبکه ارائه دهنده BHP در هر زمان.

با چه سرعتی به درخواست انتقال مراقبت من رسیدگی خواهد شد؟

- BHP بررسی درخواست انتقال مراقبت شما را ظرف سی (30) روز از تاریخ دریافت درخواستتان تکمیل خواهد نمود.

در پایان دوره انتقال مراقبت من چه اتفاقی رخ می‌دهد؟

- BHP بصورت کتبی ظرف سی (30) روز پیش از پایان یافتن دوره انتقال مراقبت، درخصوص فرایند انتقال مراقبت شما به یک ارائه دهنده درون شبکه اطلاع رسانی می‌کند.