**711 إشعار تحديد رفض الاستحقاق**

**بخصوص طلبك للعلاج**

*التاريخ*

*اسم العضو اسم مقدم العلاج*

*العنوان العنوان*

*الرمز البريدي للمدينة والولاية الرمز البريدي للمدينة والولاية*

**رد على:** *الخدمة المطلوبة*

*أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك* *اسم مقدم الخدمة* الطالب قد طلبتم من *اسم مقدم الخدمة* الحصول على أو الموافقة على *الخدمة المطلوبة.* تُظهر سجلاتنا أنك طلبت الخدمة (الخدمات)، أو تم طلب الخدمة (الخدمات) نيابةً عنك في *تاريخ الطلب.* لم يتخذ *اسم مقدم الخدمة* بعد قرارًا بشأن الطلب.

نعتذر عن التأخير في معالجة هذا الطلب. نعمل على معالجة طلبك وسنقوم بتزويدك *أنت أو مقدم الطلب، اسم مقدم الطلب*  بقرار في أقرب وقت ممكن.

يحق لك تقديم استئناف لهذا القرار. يحتوي المرفق "حقوقك" على معلومات عن كيفية تقديم استئناف. كما يوضح أيضًا أين يُمكنك الحصول على المساعدة في استئنافك. هذا يعني أيضًا الحصول على المساعدة القانونية المجانية. نشجعك على إرسال أي معلومات أو مستندات قد تساعد في دعم استئنافك. يوضح المرفق "حقوقك" المواعيد النهائية التي يجب اتباعها عند تقديم طلب الاستئناف.

يمكن لمقدم الخدمة مساعدتك في أي أسئلة لديك بخصوص هذا الإشعار. للمساعدة، يمكنك الاتصال بـ *اسم مقدم الخدمة خلال ساعات العمل* على *رقم الهاتف*. إذا كنت تواجه صعوبة في التحدث أو السمع، يُرجى الاتصال برقم TTY/TTD على رقم *711* خلال *ساعات العمل الرسمية* للحصول على المساعدة.

إذا كنت بحاجة إلى هذا الإشعار أو مستندات أخرى من اسم مقدم الخدمة بتنسيق بديل، مثل خط كبير، طريقة برايل، أو بتنسيق إلكتروني، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في قراءة المحتوى، يُرجى الاتصال باسم مقدم الخدمة عبر *رقم الهاتف*.

إذا لم يوفر لك اسم مقدم الخدمة المساعدة التي تحتاجها أو إذا كنت بحاجة إلى دعم إضافي، فإن مكتب وسيط برنامج Medi-Cal Managed Care التابع للولاية يمكنه مساعدتك في أي استفسارات. يُمكنك الاتصال بهم من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ (PST)، باستثناء العطلات، على الرقم 1-888-452-8609.

لا يؤثر هذا الإشعار في أي من خدمات Medi-Cal الأخرى الخاصة بك.

*تحية الوكالة الموفرة*

المرفقات: *"حقوقك تحت رعاية ميدي-كال المُدارة"*

إشعار بإتاحة العلامات