
您的 MEDI-CAL 权利

如需大字体版、盲文版或电子版等替代通信格式的本通知和/或计划的其他文件，或者如需阅读材料方面的帮助，请拨打 *telephone number* 联系 *Plan*。

如果您不同意我们针对您的心理健康或物质使用疾患治疗作出的决定，您可以提起上诉。请向您的计划提起上诉。

如何提起上诉

自本“不利福利确定通知”函日期起，您有 60 天 的提起上诉。如果您目前正在接受治疗，并且希望继续接受治疗，则您必须在本函所注日期起 10 天内或者在计划宣布停止服务的日期之前提起上诉。您必须表明您希望在提起上诉期间继续接受治疗。

您可以通过电话或以书面形式提起上诉。如果您通过电话提起上诉，则后续必须补交签署的书面上诉书。如果您需要帮助，本计划将为您提供免费援助。

- 通过电话提起上诉：星期一至星期五上午 9 点到下午 5 点：拨打 1-800-779-0787 联系消费者援助。或者，如在听说方面存在困难，请拨打 711。
- 以书面形式提起上诉：填写上诉表格或者写信至您的计划，并寄送到：

Consumer Assistance
2000 Embarcadero Ste. 400
Oakland, CA 94606

您可以从提供者处获取上诉表，也可以请求消费者援助向您寄送表格。

您可以自行提起上诉，也可以请亲人、朋友、辩护律师、提供者或者律师等人代您提起上诉。此类人员称作“授权代理人”。您可以发送您希望让您的计划审核的任何类型的信息。您的上诉将由一名与作出初次决定者不同的人员审核。

您的计划将在 30 天内给您答复。届时，您将收到一封“上诉决议通知”函。此函将告知您计划作出的决定。**如果您在 30 天内未收到包含计划决定的信函，则可以申请召开“州听证会”，由法官审核您的个案。**请阅读以下部分，了解如何申请召开州听证会。

加急上诉

如果您认为等待 30 天会伤害您的健康，您可在 72 小时之内得到答复。在提起上诉时，请说明为何等待会伤害您的健康。确保您申请“加急上诉。”

州听证会

如果您提起上诉，并收到“上诉决议通知”函，告知您计划仍无法提供服务，或者您从未收到告知您上诉决定的信函，并且时间已过去 30 天，则您可以申请召开“州听证会”，由法官审核您的个案。您无需为召开州听证会支付任何费用。

您必须在“上诉决议通知”函日期起 120 天内 申请召开州听证会。您可以通过电话、电子或书面形式申请召开州听证会：

- **通过电话**：拨打 1-800-952-5253。如果您存在听说困难，请拨打 TTY/TDD 1-800-952-8349。
- **通过电子方式**：您可以在线申请州听证会。请访问加利福尼亚州社会服务部网站，填写电子表格：
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>

- 书面形式：填写州听证会表格或寄信至：

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

确保在信中注明您的姓名、地址、电话号码、出生日期以及您想要召开听证会的原因。如果有人代您申请召开州听证会，则请在表格或信函中添加他们的姓名、地址和电话号码。如果您需要口译员，请告知我们您讲的语言。您无需为口译服务支付任何费用。我们将为您寻找一名口译员。

在您申请州听证会后，我们可能需要至多 90 天的时间来裁定您的个案并给您答复。如果您认为等待如此长的时间会伤害您的健康，您可在 3 个工作日之内得到答复。您可以请求提供者或计划为您写一封信，或者您也可以自己写一封信。信中说明为等待个案裁决 90 天的时间如何严重损害您的生命或健康，或者您获得、维持或恢复机能的能力。然后，申请“**加急听证会**”，并随信附上您的听证会申请。

授权代理人

您可以自己在州听证会上发言，也可以请亲人、朋友、辩护律师、提供者或者律师等人代您发言。如果您希望他人代您发言，则您必须告知州听证会办公室您授权此人代您发言。此人称作“授权代理人”。

法律帮助

您可以获取免费的法律帮助。您也可以致电所在国家/地区的当地法律援助计划，电话为 1-888-804-3536。