
메디칼에 따른 귀하의 권리

만약 큰 글꼴, 점자 또는 전자 형식과 같은 대체 통신 형식으로 된 이 플랜에 관한 통지서 및 기타 문서가 필요하다거나, 자료를 읽는데 도움이 필요하다면 *telephone number* 로 *Plan* 에 문의하십시오.

정신 건강 또는 약물 사용 장애 치료에 대한 결정에 동의하지 않는 경우 항소를 제기할 수 있습니다. 이 항소는 귀하의 플랜과 함께 제출됩니다.

항소제기 방법

귀하가 “불리한 혜택 결정 통지서” (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)를 받은 날짜로부터 **60 일 이내에** 항소를 제기할 수 있습니다. **귀하가 현재 치료를 받고 있는 중이고 계속 치료를 받고자 하는 경우**, 이 서신에 기재된 날짜로부터 **10 일 이내에** 또는 귀하의 플랜에서 서비스를 중단한다고 고지한 날짜 이전에 **항소제기를 요청해야 합니다**. 항소를 제기할 때, 계속 치료를 받고 싶다고 통지해야 합니다.

전화 또는 서면으로 항소를 제기 할 수 있습니다. 전화로 항소를 제기하는 경우 서명된 항소서를 서면으로 제출하여 후속 처리해야 합니다. 귀하의 플랜은, 도움이 필요한 경우 무료 지원을 제공합니다.

- 전화로 항소제기 하는 법: 1-800-779-0787 로 전화하여 월요일-금요일 오전 9 시-오후 5 시 사이에 소비자 지원부에 문의하십시오. 만약 듣지 못하거나 말하는데 어려움이 있으면 711 로 전화하십시오.
- 서면으로 항소제기 하는 법: 항소제기양식을 작성하거나 귀하의 플랜에 편지를 써서 아래의 소비자 지원부 주소로 보내십시오:

Consumer Assistance (소비자 지원부)
2000 Embarcadero Ste. 400
Oakland, CA 94606

항소제기양식은 귀하의 제공자로부터 받을 수 있으며 소비자 지원부에서도 귀하에게 항소제기양식을 보내 줄 수 있습니다.

귀하가 직접 항소를 제기할 수 있습니다. 아니면 친척, 친구, 변호인, 제공자 또는 변호사와 같은 사람이 귀하를 대신하여 항소를 할 수 있습니다. 이 사람을 “공인 대리인”이라고 합니다. 귀하는 플랜에서 검토해주기를 원하는 모든 유형의 정보를 보낼 수 있습니다. 귀하의 항소제기는 첫 번째 결정 과정에 참여한 사람과 다른 제공자가 검토합니다.

귀하의 플랜은 30 일 이내에 답변을 드립니다. 그때 귀하는 “항소제기 해결 통지서” (Notice of Appeal Resolution) 편지를 받게 됩니다. 이 편지는 플랜에서 결정한 내용을 알려줍니다. **만약 30 일 이내에 플랜에서 결정된 내용이 담긴 편지를 받지 못한 경우, “주정부 청문회”를 요청하면 판사가 귀하의 케이스를 검토 할 것 입니다.** 주정부 청문회를 요청하는 방법에 대한 지침은 아래 섹션을 참조하십시오.

신속 항소

만약에 30 일을 기다리는 것이 귀하의 건강에 해로울 것이라고 생각되면, 72 시간 이내에 답변을 받을 수 있습니다. 항소를 제기할 때 결정이 내려질 때까지 대기하는 동안 건강을 해칠 수 있는 이유를 설명하십시오. 반드시 “**신속 항소**”를 요청하십시오.

주정부 청문회

항소를 제기하고 난 후 여전히 귀하의 플랜이 서비스를 제공하지 않는다는 내용을 담은 “항소제기 해결 통지서” (Notice of Appeal Resolution)를 편지로 받았거나, **아니면**

항소에 대한 결정을 알리는 편지를 받지 못한 상태에서 30 일이 지난 경우, 귀하는 “주정부 청문회”를 요청할 수 있으며 판사가 귀하의 케이스를 검토합니다. 주정부 청문회 비용을 지불 할 필요가 없습니다.

“항소제기 해결 통지서” (Notice of Appeal Resolution) 에 명시된 날짜로부터 **120 일** 이내에 주정부 청문회를 요청해야 합니다. 주정부 청문회는 전화, 전자 또는 서면으로 요청할 수 있습니다:

- 전화: **1-800-952-5253** 로 전화하십시오. 만약 말을 못 하거나 듣지를 못한다면 TTY/TDD **1-800-952-8349** 로 연락하십시오.
- 전자: 온라인으로 주정부 청문회를 요청할 수 있습니다. 캘리포니아 사회복지부 웹사이트를 방문하여 전자 양식을 작성하십시오:
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- 서면: 주정부 청문회 양식을 작성하거나 아래의 주소로 편지를 보내십시오:

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

귀하의 이름, 주소, 전화번호, 생년월일 및 주정부 청문회를 원하는 이유를 반드시 포함하십시오. 만약 다른 사람이 주정부 청문회 요청을 돕고 있는 경우, 양식 또는 편지에 도움을 주고 있는 사람의 이름, 주소 및 전화번호를 추가하십시오. 만약 통역사가 필요하면 어떤 언어를 사용하는지 알려주십시오. 통역사 비용은 지불하지 않아도 됩니다. 저희가 통역을 구하고 비용을 부담하겠습니다.

주정부 청문회를 요청한 후 귀하의 케이스에 대해 결정이 내려지고 그에 대한 답변을 보내는데 최대 90 일이 걸릴 수 있습니다. 만약 그 오랜 기간을 기다리는 것이 귀하의

건강에 해로울 것 이라고 생각되면, 근무일 기준 3 일 이내에 답변을 받을 수 있습니다. 귀하의 서비스 제공자나 플랜에게 귀하를 위해서 편지를 쓰도록 요청하거나 귀하가 직접 편지를 작성할 수 있습니다. 편지에는 귀하의 케이스에 대한 결정이 확정될 때까지 최대 90 일을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대 기능을 달성, 유지 또는 회복하는 능력에 얼마나 심각한 해를 끼치는 가에 대해 자세히 설명해야 합니다. 그런 다음 “**신속 항소**”를 요청하고 청문회 신청서가 첨부된 편지를 제공하십시오.

공인 대리인

주정부 청문회에서 직접 발언할 수 있습니다. 아니면 친척, 친구, 변호인, 제공자 또는 변호사와 같은 사람이 귀하를 대변할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 발언하기를 원한다면, 주정부 청문회 사무소에 그 사람이 대신 발언할 수 있음을 통고해야 합니다. 이 사람을 “공인 대리인”이라고 합니다.

법률 지원

무료 법률 지원을 받을 수 있습니다. 또한 1-888-804-3536 번으로 전화하여 귀하가 속해있는 카운티의 지역 법률 지원 프로그램에 문의를 할 수도 있습니다.