



心理健康计划 (MHP)

受益人手册

专业心理健康服务

2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

出版日期：2023¹

¹ 该手册必须在受益人首次获得服务时提供。

目录

其他语言和格式	1
一般信息	2
隐私惯例通知	5
有关 MEDI-CAL 计划的信息	14
如何判断您或您认识的人是否需要帮助	17
获得专业心理健康服务	19
选择供货商	25
服务范围	26
根据您的心理健康计划 (MHP) 确定的不利利益	31
问题解决过程：提出申诉或上诉	34
申诉程序	35
上诉程序（标准和加急）	37
州听证程序	40
预先指示	43
受益人的权利和责任	44
附件 1：非歧视通知	47
附件 2：语言标语	50



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康
ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

其他语言和格式

其他语言

您可以免费获得其他语言版本的受益人手册（手册）和其他数据。致电阿拉米达县行为健康访问热线 1-800-491-9099 (TTY: 711)。可免费致电。

Este folleto está disponible en Español

Tập sách này có bằng tiếng Việt

이 책자는 한국어로 제공됩니다.

這本手冊有中文版

这本手册有中文版

این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.

Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.

يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.

其他格式

您可以免费获得其他辅助格式的信息，例如盲文、18 号字体大字体或音频。致电阿拉米达县行为健康访问热线 1-800-491-9099 (TTY: 711)。可免费致电。

传译服务

您不必请家庭成员或朋友作为口译员。全天候提供免费传译、语言和文化服务。如要获得其他语言的手册或获得口译员、语言和文化方面的帮助，请致电阿拉米达县行为健康访问热线 1-800-491-9099 (TTY: 711)。可免费致电。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。

全天候可拨打 ACCESS Line。

一般信息

欢迎加入阿拉米达县行为健康关怀计划

重要电话号码

紧急情况	911
阿拉米达县行为健康关怀计划 (Alameda County Behavioral Health Care Services)	(510) 346-1000 与
心理健康 ACCESS 计划	1-800- 491-9099
TTY	711
阿拉米达县 24 小时免费求助热线 (药物使用服务)	(844) 682-7215
消费者援助办公室	1-800-779-0787
患者权利倡权人	(510) 835-2505

本手册中的术语:

ACBH	阿拉米达县行为健康关怀计划 (Alameda County Behavioral Health Care Services)
BHP	行为健康计划 (Behavioral Health Plan)——ACBH 针对特殊心理健康和药物使用障碍的综合服务在县计划和诊所、签约小区组织、医院和多方面提供者网络内开展。
DMC-ODS	Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Drug Medi-Cal 组织式交付系统)
SSA	社会服务局 (阿拉米达县)
SMHS	专业心理健康服务
SUD 服务	药物使用障碍 (Substance Use Disorder) 服务

为什么阅读本手册很重要?

本手册告诉您如何透过您所在县的心理健康计划获得 Medi-Cal 专业心理健康服务。本手册解释了您的福利以及如何获得护理。本手册还将回答您的许多问题。

你将学习:

- 如何获得专业心理健康服务
- 您可以获得哪些益处。
- 如果您有疑问或问题该怎么办。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

您作为 Medi-Cal 受益人的权利和责任

如果您现在不阅读本手册，则应保留本手册以便日后阅读。本手册和其他书面材料的电子版可在 <https://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/> 获取，也可向 Alameda County Behavioral Health 免费索取印刷版。如果您想要纸质版，请拨打阿拉米达县 ACCESS 热线 1-800-491-9099 (TTY: 711)。

使用本手册作为您在加入 Medi-Cal 时收到的信息的补充。

需要您语言的手册或其他格式的手册？

如果您说英语以外的语言，您可以拨打阿拉米达县的 ACCESS 热线免费获得传译服务。您全天都可以使用您的心理健康计划。

您也可以拨打 1-800-491-9099 (TTY: 711) 以获得本手册或其他书面材料的其他格式，例如大字体、盲文或音频。您的心理健康计划将为您提供帮助。

如果您想要本手册或其他非英语语言的书面材料，请致电您的心理健康计划。您的心理健康计划将透过电话以您的语言为您提供帮助。

此信息以下列语言提供：

- **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
- **فارسی (Farsi):**
این اطلاعات به زبان فارسی موجود است.
- **Tagalog (Tagalog/Filipino):**
Ang impormasyong ito ay maaaring makuha sa Tagalog.
- **Arabic**
يتوفر هذا الدليل باللغة العربية.



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

我的心理健康计划负责什么事项？

您的心理健康计划负责以下事项：

- 确定您是否符合从县或其提供者网络获得专业心理健康服务的条件。
- 提供评估以确定您是否需要专业心理健康服务。
- 提供全天候接听的免费电话号码，告诉您如何从阿拉米达县获得服务：访问热线 **1-800-491-9099**（TTY: **711**）。
- 在您附近有足够多的提供者，以确保您在需要时可以获得心理健康计划承保的心理健康治疗服务。
- 告知和教育您有关您的心理健康计划提供的服务。
- 以您的语言或口译员（如有必要）免费为您提供服务，并让您知道可以使用这些口译员服务。
- 以其他语言或替代形式（如盲文、音频格式和大号印刷品）向您提供有关可用内容的书面信息。
- 在变更的预期生效日期前至少 **30** 天向您提供本手册中指定信息的任何重大变更通知。当可用服务的数量或类型增加或减少，或者网络提供者的数量增加或减少，或者如果有任何其他变化会影响您透过心理健康计划所获得的福利。
- 根据需要将您的护理与其他计划或交付系统进行协调，以帮助护理过渡并指导受益人进行转诊，确保转诊循环完善无纰漏，并且新提供者接受受益人的护理。



致电 **1-800-491-9099**（TTY 用户: **711**）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

隐私惯例通知

如果您对本通知有任何疑问，请联络您的医疗保健服务提供商或适当的阿拉米达县医疗保健服务局下设部门：

- 行政管理和贫困人士卫生部，电话：(510) 618-3452
- 行为健康护理服务系统，消费者援助办公室，电话：(800) 779-0787
- 公共卫生部，部长办公室，电话：(510) 267-8000
- 环境卫生部，电话：(510) 567-6700

本通知的目的

本通知介绍了阿拉米达县医疗保健服务局 (ACHCSA)、其下设部门和计划以及参与为您提供医疗保健服务的个人的隐私惯例。这些个人是经阿拉米达县政府授权可出于向您提供服务或遵守州和联邦法律之目的获取您的健康信息的医疗保健专业人员和其他个人。

医疗保健专业人员和其他个人包括：

- 身体健康护理专业人员（如医生、护士、技术员、医学生）
- 行为健康护理专业人员（如精神科医生、心理学家、持证临床社会工作者、婚姻和家庭治疗师、专业临床咨询师、精神科技术员，以及注册护士、实习生）
- 在本机构参与护理您的其他个人，或与本机构合作为其客户提供护理的其他个人，包括 ACHCSA 的雇员、工作人员，以及其他履行服务或职能以实现您的医疗保健服务的人员。

这些人员可出于治疗、付款或医疗保健业务之目的，在相互之间分享以及与其他医疗保健服务提供商分享您的健康信息，并出于本通知所述的其他原因与其他人分享您的健康信息。

我们的责任

法律要求我们维护您的受保护健康信息的隐私和安全，并向您提供这份关于我们的法律责任和隐私惯例的通知。我们还有责任遵守本通知中现行有效的条款。

本通知将：

- 确定可在未经您事先书面批准的情况下对您的信息进行哪些类型的使用和披露。
- 确定将会在哪些情况下给您机会同意或不同意对您的信息进行的或使用或披露。
- 如果发生了可能损害您的信息隐私或安全的泄露事件，我们将及时通知您。
- 我们必须遵循本通知中所述的职责和隐私惯例，并向您提供一份本通知的副本。
- 我们不会在本通知所述范围之外使用或分享您的信息，除非您以书面形式向我们作出同意。即便您向我们作出同意，您也可以随时改变主意。如果您改变主意，请以书面形式告知我们。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户：711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 向您告知您在您的个人健康信息方面拥有哪些权利。

我们可能如何使用和披露您的健康信息

对健康信息进行使用和披露的类型可以分为几大类别。下文中介绍了这些类别，并附上了解释和一些示例。本文中并未能详尽列出每一种类型的使用和披露，但所有使用和披露都归属于以下其中一个类别。

治疗。我们可以使用或共享您的健康信息，以便为您提供医疗或其他健康服务。“医疗”一词的含义包括您可能接受的身体健康护理治疗，以及“行为健康护理服务”（心理健康服务以及酒精或其他药物治疗服务）。例如，持证临床医生可能会安排精神科医生来接诊您，讨论可能采取的药物疗法，并可能与精神科医生讨论其对您治疗的见解。或者，我们的工作人员可能会编写待完成化验的订单，或者为了由外部医生进行某项身体检查而取得转诊。如果您向另一个服务提供商获取医疗保健服务，我们也可能出于治疗目的向您的新服务提供商披露您的健康信息。

付款。我们可能会使用或分享您的健康信息，以便就我们已为您提供的治疗和服务，向 Medi-Cal、Medicare、健康计划及其他保险承保单位开立账单并获得付款。例如，我们可能需要向您的健康计划提供有关您在此接受的治疗或咨询的信息，以便他们向我们支付或向您报销这些服务费用。我们也可能告诉他们我们所计划提供的治疗或服务，以取得事先批准或确定您的计划是否将承保该等治疗。如果您向另一个服务提供商获取医疗保健服务，我们也可能出于付款目的向您的新服务提供商披露您的健康信息。

医疗保健业务。我们可以使用和分享您的健康信息来运作我们的业务，改善您的护理，并在必要时联络您。我们可能会与阿拉米达县政府部门分享您的健康信息中有限的部分，但仅限于履行重要职能以支持我们医疗保健业务的必要范围。这些使用和披露对医疗保健服务局开展行政管理业务是必要的，并且对确保我们所有客户都能获得高质量护理也是必要的。例如，我们可能会在以下情况下使用您的健康信息：

- 审查我们的治疗和服务，评估工作人员在护理您方面的表现。
- 帮助决定我们应当提供哪些额外的服务，哪些服务是不需要的，以及特定的新治疗是否有效。
- 用于医生、护士、临床医生、技术员、其他医护人员、学生、实习生以及其他机构工作人员的审查或学习活动。
- 帮助我们开展财务管理工作以及遵守法律。
- 如果您向另一个服务提供商获取医疗保健服务，我们也可能向您的新服务提供商披露您的健康信息，以便其开展特定的医疗保健业务。此外，我们可能会从这组健康信息中删除您的身份识别信息，以便其其他人可在不了解特定患者身份的情况下，使用这些信息来研究医疗保健和医疗保健服务交付。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 我们还可能与那些和我们共同参与“组织化医疗保健服务安排 (OHCA)”的其他医疗保健服务提供商、医疗保健信息交流所以及健康计划分享您的医疗信息，以便开展任何 OHCA 的医疗保健业务。OHCA 包括医院、医生组织、健康计划以及其他共同提供医疗保健服务的实体。我们所参与的 OHCA 名单可从 ACCESS 获取。

签到表。我们可能会透过让您在到达我们的诊所时进行签到，从而使用和披露您的医疗信息。当我们准备好接诊您时，我们也可能叫到您的名字。

与家人的通知和沟通。我们可能会与您的家庭成员、亲密朋友或其他参与您护理的人分享有关您的位置、一般状况的信息，或（除非您另行指示）在您死亡的情况下告知他们。在救灾情况下，我们可能会向救灾组织披露信息，以便他们能够协调这些通知工作。我们也可能向某个参与您的护理或帮助为您的护理付款的人披露信息。如果您有能力并且可以作出同意或反对，您既有权利也可以选择作出同意或反对，我们将给您机会在进行这些披露之前提出反对，但是如果我们认为对于应对紧急状况有必要，即便您提出反对，我们仍然可能在灾难发生时披露这些信息。如果您无法告诉我们您的偏好（例如，假如您失去意识），那么如果我们认为分享您的信息是符合您最佳利益的做法，我们可能会采取这一行动。我们也可能在必要时分享您的信息，以便减轻对于健康或安全的严重、紧迫威胁。

我们还可以如何使用或分享您的健康信息？ 我们被允许或被要求以其他方式分享您的信息，这些方式通常是有助于公共利益的，如公共卫生和研究。我们必须首先满足法律规定的许多条件，之后方可出于这些目的分享您的信息。更多信息参见：

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html。

我们无需给您机会作出同意或反对的披露类型。除上述情况外，法律还允许我们在特定的情况下未经您的许可对您的健康信息进行分享。这些情况如下文所述。

根据法律的要求。我们将在联邦、州或地方法律要求的情况下披露您的健康信息。

疑似有虐待或忽视行为。如果疑似有虐待/忽视儿童、虐待/忽视老年人或受抚养成年人或家庭暴力行为，我们将向有关机构披露您的健康信息。或者是您同意进行披露，或者是我们经法律授权进行披露，并且进行披露被认为对于预防个人或公共卫生或安全可能面临的威胁是必要的。

帮助应对公共卫生风险。我们可在特定情况下分享您的健康信息，比如：

- 预防疾病、伤害或残障
- 报告出生和死亡
- 帮助进行产品召回
- 报告药物的不良反应
- 报告涉嫌虐待、忽视或家庭暴力的行为
- 预防或减轻对任何人的健康或安全的严重威胁



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

卫生监督活动。我们可能会向卫生监督机构披露健康信息，以便开展法律授权的活动。这些监督活动的示例包括审计、调查、检查以及许可。这些活动对于政府监督医疗保健系统、政府计划以及遵守民权法是必要的。

司法和行政程序。我们可分享您的健康信息，以便响应法院或行政命令、诉讼以及法律行动，或者响应传票。

执法。如果执法人员提出要求，我们可能会披露健康信息，以便：

- 帮助执法人员应对犯罪活动。
- 识别或定位嫌疑人、目击者、失踪人员等。
- 向执法部门提供有关犯罪受害者的信息。
- 报告涉及我们设施或工作人员的犯罪活动或威胁。

验尸官、法医及殡仪员。我们可能会向验尸官、法医披露健康信息。例如，这可能对于确认死者身份或确定死因是必要的。我们也可能会在我们的设施中披露患者健康信息，以便在必要时协助殡仪员履行其职责。

器官或组织捐赠。如果您是一名器官捐赠者，我们可能会向处理器官捐赠或移植的组织发布医疗信息。

研究。在某些有限的情况下，我们可能会出于研究目的使用或披露您的信息。

预防对个人或公共卫生或安全造成的威胁。我们可能会在必要时使用和披露您的健康信息，以预防您的健康和公共安全或者公众或他人的健康和公共安全受到严重威胁。但是，我们将仅向我们认为能够预防威胁或伤害发生的人员进行任何此等披露。

履行特殊政府职能。我们可能会使用或披露您的健康信息，以协助政府履行与您有关的职能。您的健康信息可能会：(i) 披露给军事指挥机关（如果您是武装部队成员），以协助执行军事任务；(ii) 披露给经授权的联邦官员，以开展国家安全活动；(iii) 披露给经授权的联邦官员，以向总统或其他人员提供保护服务，或开展法律允许的调查；(iv) 披露给惩教机构（如果您正在服刑），以用于医疗保健、健康和安全的目的；(v) 在法律允许的情况下披露给工伤赔偿计划；(vi) 披露给政府执法机构，以保护联邦和州的民选宪政官员及其家人；(vii) 披露给加州司法部，以移送和识别特定的罪犯患者，或者涉及不得购买、持有或控制枪支或致命武器的人士；(viii) 披露给参议院或众议院规则委员会，以进行立法调查；(ix) 披露给全州性的保护和权益维护组织，以及县级患者权利办公室，以用于法律要求的特定调查目的。

其他特殊类别的信息（如适用）。特殊的法律要求可能适用于特定类别信息的使用或披露，例如人类免疫缺乏病毒 (HIV) 的检测，或者酒精和药物滥用的治疗和服务。此外，稍有不同的规则可能适用于与您接受的任何一般医疗（非心理健康）护理有关的医疗信息的使用和披露。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

心理治疗笔记（如适用）。心理治疗笔记是指由作为心理健康专业人员的医疗保健服务提供商记录（以任何媒介）的笔记，其旨在记录或分析在私人咨询或团体、联合或家庭咨询过程中的谈话内容，并且与个人医疗纪录的其余部分是分开的。心理治疗笔记不包括药物处方和监测、咨询的开始和停止时间、提供的治疗方式和频率、临床测试结果，以及以下事项的任何摘要：诊断、功能状态、治疗计划、症状、预后以及迄今的进展。

我们可能会根据法律的要求或在以下情况下使用或披露您的心理治疗笔记：

- 供笔记的创建者使用
- 在面向学生、受训人员或执业人员的监督式心理健康培训计划中使用
- 供此服务提供商用于为个人提起的法律诉讼或其他程序进行抗辩
- 预防或减轻对个人或公众健康或安全的严重、紧迫威胁
- 对心理治疗笔记的创建者进行健康监督
- 供验尸官或法医使用，或披露给验尸官或法医，以便报告患者的死亡
- 对于预防或减轻对个人或公众健康或安全的严重、紧迫威胁有必要的使用或披露
- 在调查过程中或根据法律要求使用或披露给您或 DHHS 部长。
- 在您死后提供给验尸官或法医。
- 如果您撤销了使用或披露您的心理治疗笔记的授权，我们将停止使用或披露这些笔记。

所有权变更（如适用）。如果本业务/计划被出售或与另一个组织合并，您的个人健康信息/纪录将成为新所有者的财产，但是您将继续有权利可要求将您个人健康信息的副本转移至其他业务/计划。

仅在您获得机会作出同意或反对之后方可进行的披露。

在有些情况下，除非我们已与您进行过讨论（如果可行），并且您并未作出反对，否则我们将不会分享您的健康信息。这些情况包括：

患者名录。您可以决定哪些健康数据（如有）需要在患者名录中列出。

参与您的护理或付款的人。我们可能会与您的家庭成员、亲密朋友或您指定参与您的医疗保健服务的其他人分享您的健康数据。例如，如果您让某个家人或朋友到药房为您取药，我们可能会告诉那个人要取的是什么药物，以及何时可以取药。另外，只要您不反对，我们可能会将您的位置和医疗状况告知给您的家人（或其他负责照顾您的人）。

与您通信时进行的披露。我们可能会与您联络，在此过程中我们会分享您的健康信息。例如，我们可能会使用和披露健康信息与您联络，提醒您在此处有治疗的预约，或者向您告知或推荐您可能感兴趣的可行的治疗选择或替代方案。我们可能会使用和披露您的健康信息，以向您告知您可能感兴趣的与健康相关福利或服务。我们可能会就我们的募捐活动与您联络。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康
ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

健康数据的其他用途。对于本通知或适用于我们的法律未涵盖的其他用途，将仅在征得您书面同意的情况下进行。

即便您允许我们使用或披露您的健康信息，您也可以随时以书面形式撤销该许可。如果您撤销您的许可，我们将不再出于您书面授权所涵盖的原因使用或披露您的健康信息。您应理解我们无法收回已经在您允许的情况下进行的任何披露，而且我们必须为我们已向您提供的护理保留纪录。

您在您的健康信息方面拥有的权利。在涉及到您的健康信息方面，您拥有特定的权利。此部分解释说明了您的权利以及我们对您负有的一些责任。

泄露事件通知。在不安全的受保护个人健康信息遭到泄露的情况下，如果发生了可能损害您的信息隐私或安全的泄露事件，我们将及时通知您。如果您已经向我们提供了最新的电子邮件地址，我们可能会使用电子邮件来沟通与泄露事件有关的信息。在某些情况下，我们的业务伙伴可能会提供通知。我们也可能会透过其他适当的方式提供通知。

【注意：我们将仅会在确定不包含 PHI 并且不会披露不适当的信息时，才会使用电子邮件通知。例如，如果我们的电子邮件地址是“digestivediseaseassociates.com”，使用这个地址发送的电子邮件如果被截取，便可识别患者及其状况。】

获得您的医疗纪录的电子或纸质副本。您有权检查和复制这些健康信息。这通常包括医疗和账单纪录，但可能不包括某些心理健康信息。特定的限制将适用：

- 您可以要求查看您的医疗纪录以及我们拥有的关于您的其他健康信息，或者要求获得这些纪录和信息的电子或纸质副本。
- 我们通常将在您提出请求后 **30** 天内，提供您的健康信息的副本或摘要。我们可能会收取一笔基于成本的合理费用。
- 您必须以书面形式提交您的请求。我们可以向您提供用于提出请求的表格，以及关于如何提交表格的说明。
- 您预计将会在 **10** 个工作日内收到与此请求有关的通知。
- 在特定情况下，我们可能会拒绝您的请求。如果您被拒绝获取健康信息，您可以要求按照法律规定对该拒绝进行审查。
- 如果我们拒绝您获取您的心理治疗笔记的请求，您将有权将这些纪录转移给另一位心理健康专业人员。

要求我们更正您的医疗纪录。如果您认为您的任何健康信息不正确或不完整，您可以要求我们予以更正。我们可能会对您的请求说“不”，但我们将会**在 60 天内以书面形式告诉您原因**。我们并不需要从您的纪录中删除信息。如果存在任何错误，我们将透过添加澄清或补充信息的方式予以更正。只要信息是由该设施保存的，或由其他方为该设施保存的，您便有权要求进行修改。特定的限制将适用：



致电 **1-800-491-9099** (TTY 用户: **711**) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 您必须以书面形式提交您的修改请求。我们可以向您提供用于提出请求的表格，以及关于如何提交表格的说明。
- 您必须提供一个理由来支撑您的请求。

此外，如果您要求我们修改以下信息，我们可能会拒绝您的请求：

- 并非由我们创建的信息，除非信息的创建者不再能够进行修改；
- 不属于由我们设施保存的（或其他方为我们设施保存的）健康信息的组成部分；
- 不属于您将被允许检查或复制的信息的组成部分。即便我们拒绝了您的修改请求，您也有权就您认为您的纪录中不完整或不正确的任何细目或陈述提交一份书面附录。如果您以书面形式明确表明您希望将该附录作为您的健康纪录的组成部分，我们将把该附录附加到您的纪录中，并在我们披露您认为不完整或不正确的细目或陈述时附上该附录。

有权要求我们限制使用或分享的内容。您可以要求我们不得出于治疗、付款或开展业务之目的而使用或分享特定的健康信息。我们并非必须同意您的请求，如果这会影响您的护理，我们可能会说“不”。您还有权要求限制我们向某个参与您的护理或为您的护理付款的人（如家人或朋友）披露的关于您的健康信息。例如，您可以要求我们不使用或不向朋友或家人披露有关您的诊断或治疗的任何信息。

如果我们同意您的请求（即限制我们将您的信息用于治疗、付款或医疗保健业务的方式），我们将遵守您的请求，除非需要这些信息来为您提供紧急治疗。如需要我们进行限制，您必须以书面形式向您的服务提供商提出请求。在您的请求中，您必须告诉我们您希望限制哪些信息，您是希望限制我们的使用还是披露（还是两者均限制），以及您希望这些限制适用于哪些对象。

如果您全额自费支付某项服务或医疗保健细目，您可以要求我们不得出于付款或开展业务之目的而与您的医疗保险公司分享该等信息。我们将会同意您的请求，除非法律要求我们分享该等信息。

有权要求进行保密通信。您可以要求我们以特定的方式与您联络（例如透过住宅或办公室电话）或将邮件寄至另外一个地址。我们将会同意所有合理的请求。如要求进行保密通信，您必须以书面形式向您的服务提供商提出请求。我们不会询问您提出请求的原因。

有权获得本隐私通知的副本。您可以随时要求获得本通知的纸质副本，即便您已经同意以电子方式接收本通知。我们将会及时向您提供一份纸质副本。即使您同意以电子方式接收本通知，您仍然有权获得本通知的纸质副本。您可以向您的服务提供商或任何上述计划获取本通知的副本。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

有权获得列出我们分享信息对象的列表。您可以要求我们提供一份清单（台帐），列出在您提出请求之日的六年内，我们在何时分享了您的健康信息，我们与谁进行了分享，以及为什么进行分享。这份台帐将不包括：

- 治疗、付款或医疗保健业务所需进行的披露。
- 我们向您进行的披露。
- 仅在另行允许或要求的披露中附带进行的披露。
- 经您的书面授权而进行的披露。
- 我们在法律允许或要求的情况下进行的其他特定披露。

我们将列出所有已进行的披露，但与治疗、付款、医疗保健业务有关的披露以及其他特定的披露（比如您要求我们进行的任何披露）除外。我们将每年免费提供一份台帐，但如果您在 12 个月内要求我们再提供一份，我们可能会收取一笔基于成本的合理费用。如需索取此披露清单或台帐，您必须以书面形式提交您的请求。我们可以向您提供用于提出请求的表格，以及关于如何提交表格的说明。您的请求必须指明一个时间段，并应表明您希望以何种形式获得这份清单（例如纸质或电子形式）。在产生任何费用之前，我们将告知您所涉及的费用，届时您可以选择撤回或修改您的请求。

有权选择某个人代您行事。如果您给了某个人医疗委托书，或者如果某个人是您的法定监护人，这个便可以行使您的权利，并就您的健康信息作出选择。在我们采取任何行动之前，我们将确保这个人具有响应的权力，并且能够代您行事。

本通知条款的变更。我们可能变更本通知的条款，这些变化将适用于我们拥有的关于您的所有信息。新的通知将可根据需要索取，在我们的诊所获取，并发布在我们的网站上。当/如果隐私惯例通知发生变化，或如果您在一个新的服务站点注册，您会收到一份新通知的副本。

如果您觉得您的权利受到了侵犯，请提出投诉。医疗保健服务局下设的所有计划均致力于保护您个人健康信息的隐私。如果您认为您的隐私权受到了侵犯，您可以向您认为发生了侵权行为的部门提出投诉。我们将及时调查您的索赔，并在必要时采取纠正措施。我们不会因为您提出投诉而对您进行报复。

所有投诉必须以书面形式提交。您可以透过联络以下部门，获取用于提出投诉的表格以及相关的说明：

行为健康护理服务系统	消费者援助办公室 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 1-800- 779-0787
------------	--



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

环境卫生部	部长办公室 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700
行政管理和贫困人士卫生部	部长办公室 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452
公共卫生部	部长办公室 收件人: Privacy Issue 1000 Broadway 5 th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

您也可以向美国卫生及公共服务部民权办公室提出投诉，具体方式为寄信至以下地址：

Office of Civil Rights
U.S.Department of Health and Human Services
90 Seventh Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

或者您也可以拨打 1-800-368-1019，或造访
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康
ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

有关 **MEDI-CAL** 计划的信息

谁可以获得 **Medi-Cal**?

为了决定您可以从 **Medi-Cal** 获得哪种类型的健康保险，需要考虑许多因素。其中包括：

- 您赚多少钱
- 您的年龄
- 您照顾的孩子的年龄
- 无论您是否怀孕、失明或身患残障
- 无论您是否具备 **Medicare**

您也必须居住在加州才有资格享受 **Medi-Cal**。如果您认为自己有资格获得 **Medi-Cal**，请在下方了解如何申请。

我如何申请 **Medi-Cal**?

您可以在一年中的任何时间申请 **Medi-Cal**。您可以选择以下其中一种方式申请。每个选项的具体地址和联络方式可在 <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> 找到。

- **透过邮寄：**使用单一简化申请表申请 **Medi-Cal**，该申请表以英语和其他语言提供，网址为 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/eligibility/Pages/SingleStreamApps.aspx>。将完成的申请发送到您当地的县办公室：
 - **北奥克兰自给自足中心 (North Oakland Self Sufficiency Center)**
2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612
 - **伊斯特蒙特自给自足中心 (Eastmont Self-Sufficiency Center)**
6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland, CA 94605
 - **企业自给自足中心 (Enterprise Self Sufficiency Center)**
8477 Enterprise Way
Oakland CA 94612
 - **伊甸区综合服务中心 (Eden Area Multi-Service Center)**
24100 Amador St
Hayward CA 94544



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 弗里蒙特分站 (**Fremont Outstation**)
39155 Liberty St Ste C330
Fremont CA 94536
 - 利弗莫尔分站 (**Livermore Outstation**)
2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551
- 透过电话：若要透过电话申请，请致电您当地的县办公室。您可以在网站 <http://dhcs.ca.gov/COL> 找到电话号码，或致电 (510) 272-3663 致电阿拉米达县社会服务机构。
- 亲临现场：要亲自申请，请在下面列出的当地地址找到当地的县办公室。在这里，您可以获得完成申请的帮助。如果您居住在不同的县，请查阅上方连接的网站。
 - 北奥克兰自给自足中心 (**North Oakland Self Sufficiency Center**)
2000 San Pablo Ave
Oakland CA 94612
 - 伊斯特蒙特自给自足中心 (**Eastmont Self-Sufficiency Center**)
6955 Foothill Blvd Suite 100
Oakland, CA 94605
 - 企业自给自足中心 (**Enterprise Self Sufficiency Center**)
8477 Enterprise Way
Oakland CA 94612
 - 伊甸区综合服务中心 (**Eden Area Multi-Service Center**)
24100 Amador St
Hayward CA 94544
 - 弗里蒙特分站 (**Fremont Outstation**)
39155 Liberty St Ste C330
Fremont CA 94536
 - 利弗莫尔分站 (**Livermore Outstation**)
2481 Constitution Drive, Suite B
Livermore CA 94551
- 在线：在 www.benefitscal.com 在线申请或者 www.coveredca.com。由于 Medi-Cal 在县级提供，因此申请会直接安全地转移到您当地的县社会服务办公室。
- 若要在本地透过阿拉米达县社会服务在线申请 Medi-Cal，请访问 MyBenefitsCalWIN。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

如果您在申请方面需要帮助或有任何疑问，可以免费联络经过培训的持证注册顾问 (CEC)。致电 **1-800-300-1506**，或在 <https://apply.coveredca.com/hix/broker/search> 搜索本地 CEC。

如果您对 Medi-Cal 计划仍有疑问，可以访问 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx> 了解更多信息。

什么是紧急服务？

紧急服务是为经历意外医疗状况的受益人提供的服务，包括精神科紧急医疗状况。

紧急医疗状况的症状非常严重（可能包括剧烈疼痛），以至于普通人可以合理地预期以下情况随时可能发生：

- 个人（或未出生婴儿的健康）的健康可能会遇到严重问题
- 身体机能出现严重问题
- 任何身体器官或部位出现严重问题

当普通人认为某人出现以下情况，则发生了精神紧急医疗状况：

- 由于精神健康状况或疑似精神健康状况，当前对自己或他人构成危险。
- 由于似乎是精神健康状况，即刻不能提供或进食食物，或获得衣物或住所。

为 Medi-Cal 受益人提供全天候的紧急服务。紧急服务不需要事先授权。Medi-Cal 计划将承保紧急情况，无论该情况是由于医疗还是精神健康状况（情绪或精神）所引起。如果您加入了 Medi-Cal，您将不会收到前往急诊室的账单，即使结果证明无需在急诊治疗。如果您认为自己遇到紧急情况，请拨打 **911** 或前往任何医院或其他场所寻求帮助。

会提供交通工具吗？

非紧急医疗交通和非医疗交通可提供给无法自行提供交通服务且有医疗必要性接受某些 Medi-Cal 承保服务的 Medi-Cal 受益人。如果您在交通方面需要帮助，请联络您的管理式医疗计划以获取信息和帮助。

如果您有 Medi-Cal 但没有加入管理式医疗计划并且您需要非医疗交通，您可以联络您所在县心理健康计划寻求帮助。当您联络接送公司时，他们会询问有关您预约日期和时间的信息。如果您需要非紧急医疗运输，您的提供者可以开出非紧急医疗接送的处方，并让您与接送提供者联络，以协调您往返预约的行程。

如果我有自杀念头，我该联络谁？

如果您或您认识的人处于危机之中，请拨打全国预防自杀生命线 **988** 或 **1-800-273-TALK (8255)**。

对于在危机中寻求帮助和获得当地心理健康计划的当地居民，请致电 **1-800-273-8255** 联络阿拉米达县的危机支持服务。



致电 **1-800-491-9099** (TTY 用户: **711**) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

如何判断您或您认识的人是否需要帮助

我怎么知道什么时候需要帮助？

许多人在生活中遇到困难，可能会遇到心理健康问题。最重要的是要记住，帮助无处不在。如果您或您的家人有资格享受 Medi-Cal 并需要心理健康服务，您应该拨打阿拉米达县 ACCESS 热线 1-800-491-9099 (TTY: 711)。如果您的管理式医疗计划认为您或您的家庭成员需要管理式医疗计划未承保的心理健康服务，您的管理式医疗计划还可以帮助您联络您的心理健康计划。心理健康计划将帮助您找到您可能需要的服务提供商。

如果您或您的家人有以下一种或多种迹象，您应该致电您的心理健康计划：

- 沮丧（或感到绝望、无助或非常沮丧）或感觉不想活了
- 对通常喜欢做的活动失去兴趣
- 在短时间内显著减轻或增加体重
- 睡得太多或太少
- 缓慢或过多的身体动作
- 几乎每天都感到疲倦
- 无价值感或过度内疚
- 难以思考、集中注意力和/或做出决定
- 睡眠需求减少（仅睡几个小时后就感觉“有休息”）
- 思绪过快，难以跟上
- 说话很快或停不下来
- 觉得他人都在针对你
- 听到他人听不到的声音和/或声响
- 看到他人看不到的东西
- 由于感到沮丧（或感到绝望、无助或非常沮丧）而无法上班或上学
- 长时间不注意个人卫生（干净）
- 难以理解和与人相处
- 退缩或不愿接触他人
- 经常无故哭泣
- 经常无缘无故生气和“发脾气”
- 有严重的情绪波动



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 大多数时候感到焦虑或担心
- 有他人所说的超出个人文化规范的古怪或奇怪的行为

我如何知道儿童或青少年何时需要帮助？

如果您认为您的孩子或青少年表现出任何心理健康问题的迹象，您可以拨打 **1-800-491-9099**（TTY: **711**）或管理式医疗计划联络阿拉米达县 **ACCESS** 热线，为他们安排筛查和评估。如果您的孩子或青少年符合 **Medi-Cal** 的资格，并且心理健康计划评估表明需要心理健康计划承保的专业心理健康服务，则心理健康计划将为您的孩子或青少年安排服务。如果您的管理式医疗计划认为您或您的儿童或青少年需要管理式医疗计划未承保的心理健康服务，您的管理式医疗计划还可以帮助您联络您的心理健康计划。也可以对由于为人父母而感到不知所措或有心理健康问题的父母提供服务。

以下清单可以帮助您评估您的孩子是否需要帮助，例如心理健康服务。如果存在不止一个迹象或在很长一段时间内持续存在，则可能表示存在更严重问题，需要专业帮助。以下是一些需要注意的迹象：

- 难以集中注意力或保持不动，使他们的身体处于危险或导致学校问题
- 妨碍日常活动的强烈担忧或恐惧
- 突然无缘无故的极度恐惧，有时伴有心跳加速或呼吸急促
- 两周或更长时间感到非常悲伤或孤僻，导致日常活动出现问题
- 导致人际关系出现问题的极端情绪波动
- 行为的剧烈变化
- 不进食、呕吐或使用泻药来减轻体重
- 反复使用酒精或药物
- 可能伤害自己或他人的严重、失控的行为
- 认真地计划或试图伤害自己或自杀
- 反复打架，或使用武器，或认真地计划伤害他人



致电 **1-800-491-9099**（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 **ACCESS** 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 **ACCESS Line**。

获得专业心理健康服务

什么是专业心理健康服务？

专业心理健康服务是为患有普通医生无法治疗的心理健康状况或情绪问题的人提供的服务。这些疾病或问题严重到足以妨碍个人进行日常活动的能力。

专业心理健康服务包括：

- 心理健康服务
- 药物支持服务
- 针对性的案例管理
- 危机干预服务
- 危机稳定服务
- 成人住宅治疗服务
- 危机住宅治疗服务
- 日间治疗密集型服务
- 日间康复
- 精神科住院服务
- 精神卫生设施服务
- 同伴支持服务（仅适用于某些县的成年人，但无论居住在哪个县，未成年人都可能有资格获得早期和定期筛查、诊断和治疗项下的服务）

除了上面列出的专业心理健康服务外，21 岁以下的受益人还可以根据早期和定期筛查、诊断和治疗福利获得额外的心理健康服务。这些服务包括：

- 密集的居家服务
- 密集护理协调
- 治疗行为服务
- 治疗寄养服务

如果您想了解更多关于您可能获得的每项专业心理健康服务，请参阅本手册的“服务范围”部分。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

我如何获得专业心理健康服务？

如果您认为您需要专业心理健康服务，您可以致电您的心理健康计划并要求预约进行初步筛查和评估。您可以拨打您所在县的免费电话号码。如果您是受益人，您也可以要求对您的管理式医疗计划进行心理健康服务评估。如果管理式医疗计划确定您符合专业心理健康服务的准入条件，则管理式医疗计划将帮助您过渡到透过心理健康计划接受心理健康服务。只要能获得心理健康服务，什么方法都没有错。除了专业心理健康服务之外，您甚至可以透过 **Medi-Cal** 管理式护理计划获得非专业心理健康服务。如果您的提供者确定这些服务在临床上适合您，并且只要这些服务可协调且不会造成重复，您就可以透过您的心理健康提供者获得这些服务。

您也可能经由其他人或组织转介到您的心理健康计划以获得专业心理健康服务，包括您的医生、学校、家庭成员、监护人、您的 **Medi-Cal** 管理式医疗计划或其他县级机构。通常，除非有紧急情况，否则您的医生或 **Medi-Cal** 管理式医疗计划需要您的许可或儿童父母或看护人的许可才能直接转介至心理健康计划。您的心理健康计划可能不会拒绝进行初步评估以确定您是否符合接受心理健康计划服务的标准的申请。

专业心理健康服务可由心理健康计划（县）或与心理健康计划签约的其他提供者（例如诊所、治疗中心、小区组织或个人提供者）提供。

我在哪里可以获得专业的心理健康服务？

您可以在您的居住县获得专业心理健康服务，必要时也可以在县外获得。阿拉米达县居民致电阿拉米达县 **ACCESS 1-800-491-9099**（TTY: **711**）以申请服务。每个县都有针对儿童、青少年、成人和老年人的专业心理健康服务。如果您未满 21 岁，您有资格获得早期和定期筛查、诊断和治疗下的额外保险和福利。

ACCESS 计划将确定您是否符合获得专业心理健康服务的标准。如果您这样做，心理健康计划将转介您接受评估。如果您不符合获得专业心理健康服务的标准，您将被转介给您的 **Medi-Cal** 管理式医疗计划或按服务收费的提供者，他们可以确定您是否需要非专业心理健康服务。如果您的心理健康计划或代表心理健康计划的提供者拒绝、限制、减少、延迟或终止您想要或认为您应获得的服务，您有权收到书面通知（称为“不利权益裁定通知书”），通知您拒绝的原因，以及您提出上诉和/或州听证会的权利。您还有权透过要求上诉不同意该决定。您可以在下面找到有关您获得通知的权利以及如果您不同意您的心理健康计划的决定该如何做的更多信息。

您的心理健康计划将帮助您找到可以为您提供所需护理的提供者。心理健康计划必须将您转介给离您家最近的提供者，或者在时间或距离标准内满足您的需求。



致电 **1-800-491-9099**（TTY 用户: **711**）致电阿拉米达县行为健康 **ACCESS** 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 **ACCESS Line**。

我什么时候可以获得专业心理健康服务？

在为您安排接受心理健康计划服务的预约时，您的心理健康计划必须符合州的预约时间标准。心理健康计划必须为您提供预约：

- 在您提出开始心理健康计划服务的非紧急请求后 **10** 个工作日内；
- 如果您因紧急情况请求服务，则在 **48** 小时内；
- 在您非紧急要求与精神科医生预约后的 **15** 个工作日内；和，
- 在先前预约持续条件的 **10** 个工作日内。

但是，如果您的提供者确定更长的等待时间是适当的且不会造成伤害，则这些等待时间可能会更长。

谁决定我将获得哪些服务？

您、您的提供者和心理健康计划都参与决定您需要透过心理健康计划获得哪些服务。心理健康专家会与您交谈，并根据您的需要帮助确定适合的专业心理健康服务类型。

您无需知道自己是否有心理健康诊断或特定的心理健康状况即可寻求帮助。心理健康计划将对您的状况进行评估。提供者将评估您是否可能患有对您的日常生活产生负面影响的心理健康障碍，或者您是否可能患有心理健康障碍或疑似心理健康障碍，如果您不接受治疗可能会对您的生活产生负面影响。在您的提供者进行此评估期间，您将能够获得所需的服务。在评估期间，您不需要有心理健康诊断或特定的心理健康状况就可以接受服务。

如果您未满 **21** 岁，并且由于创伤、参与儿童福利系统、参与少年司法或经历无家可归而导致心理健康状况，您可能也能够获得专业心理健康服务。此外，如果您未满 **21** 岁，心理健康计划必须提供必要的医疗服务以纠正或帮助您的心理健康状况。维持、支持、改善心理健康状况或使行为健康状况更容易容忍的服务被认为具有医疗必要性。

某些服务可能需要心理健康计划的事先授权。心理健康计划必须使用合格的专业人员进行服务授权审查。此审查过程称为专业心理健康服务的事先授权。心理健康计划的授权过程必须遵循特定的时间表。对于标准的事先授权，心理健康计划必须根据您的提供者的要求尽快根据您的情况做出决定。例如，您的计划必须紧急作出授权决定，并根据与您的健康状况相关的时间范围发出通知，该时间范围不得迟于收到服务申请后 **72** 小时，但不超过心理健康计划收到申请后的 **14** 个日历日。

如果您或您的提供者提出要求，或者如果心理健康计划需要从您的提供者那里获得更多信息并提供理由，则时间线最多可以再延长 **14** 个日历日。可能需要延期的一个例子是，当心理健康计划认为如果他们从您的提供者那里获得更多信息，它可能会批准您的提供者的



致电 **1-800-491-9099** (TTY 用户: **711**) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

治疗申请。如果心理健康计划根据提供者的申请延长了时间表，县政府将向您发送一份关于延期的书面通知。

需要事先授权的服务包括：密集的居家服务、密集日间治疗、日间康复、行为治疗服务和治疗寄养服务。您可以向心理健康计划询问有关其事先授权流程的更多信息。致电您的心理健康计划以索取更多信息。

如果心理健康计划拒绝、延迟、减少或终止申请的服务，心理健康计划必须向您发送一份《不利权益裁定通知书》，告知您服务被拒绝，告知您可以提出上诉，并给予您有关如何提出上诉的信息。要详细了解您在不同意心理健康计划拒绝为您提供服务的决定或采取您不同意的其他行动时提出申诉或上诉的权利，请参阅本手册第 39 页“根据您的心理健康计划 (MHP) 确定的不利利益”。

什么是医疗必要性？

您接受的服务必须具有医疗必要性并且适合解决您的病情。对于 21 岁及以上的个人，如果合理且必要地保护您的生命、预防重大疾病或残疾，或减轻剧烈疼痛，则该服务在医疗上是必要的。

对于 21 岁以下的个人，如果服务可以纠正、维持、支持、改善或使精神健康状况更容易忍受，则该服务在医疗上是必要的。维持、支持、改善精神健康状况或使精神健康状况变得更易于忍受的服务被认为具有医疗必要性，并包含在早期和定期筛查、诊断和治疗服务中。

我如何获得心理健康计划未承保的其他心理健康服务？

如果您加入了 Medi-Cal 管理式医疗计划，您可以透过 Medi-Cal 管理式医疗计划获得以下门诊心理健康服务：

- 心理健康评估和治疗，包括个人、团体和家庭治疗。
- 心理和神经心理学测试，当临床表明评估心理健康状况时。
- 以监测处方药为目的的门诊服务。
- 心理咨询。
- 门诊实验室、药物（请注意大多数药物都包含在按服务收费的 Medi-Cal 计划中）、用品和补充剂。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

要获得上述服务之一，请直接致电您的 **Medi-Cal** 管理式医疗计划。如果您不在 **Medi-Cal** 管理的医疗计划中，您可以从接受 **Medi-Cal** 的个人提供者和诊所获得这些服务。心理健康计划可能会帮助您找到可以帮助您的提供者或诊所，或者可能会给您一些关于如何找到提供者或诊所的途径。

任何接受 **Medi-Cal** 的药房都可以开处方来治疗精神疾病。请注意，药房配发的大多数处方药均包含在按服务收费的 **Medi-Cal** 计划中，而不是您的管理式医疗计划。

我如何获得心理健康计划未承保的其他 **Medi-Cal** 服务（初级保健/**Medi-Cal**）？

如果您参加了管理式医疗计划，则该计划负责为您寻找提供者。如果您没有加入管理式医疗计划并拥有“常规”**Medi-Cal**，也称为按服务收费 **Medi-Cal**，那么您可以前往任何接受 **Medi-Cal** 的提供者。在您开始获得服务之前，您必须告诉您的提供者您拥有 **Medi-Cal**。否则，您可能需要为这些服务付费。

您可以使用您的健康计划之外的提供者来提供计划生育服务。

如果我有酗酒或吸毒问题怎么办？

如果您认为您需要服务来治疗酗酒或吸毒问题，请联络您所在的县：

您可以致电 **ACBH 1-800-491-9099**（TTY：711）。您也可能会以其他方式被转介到 **ACBH** 接受药物使用障碍（**SUD**）治疗服务。如果您是会员，**ACBH** 必须接受来自认为您可能需要这些服务的医生和其他初级保健提供者以及您的 **Medi-Cal** 管理式护理计划（**MCP**）的 **SUD** 治疗服务转介。通常，提供者或 **Medi-Cal** 管理式护理计划（**MCP**）需要您的许可或儿童父母或看护人的许可才能进行转诊，除非有紧急情况。其他人和组织也可以向 **ACBH** 转介，包括学校、县福利或社会服务部门、管理员、监护人或家庭成员，以及执法机构。

承保服务可透过阿拉米达县的提供者网络获得。如果任何签约提供者对执行或以其他方式支持任何承保服务提出异议，阿拉米达县将安排另一名提供者执行该服务。如果由于宗教、伦理或道德上对承保服务的异议而无法从提供者处获得承保服务，阿拉米达县将透过及时转诊和协调作出响应。

所有当前受益人都将收到一封信，表明他们的服务提供商（如适用）透过阿拉米达县的 **DMC-ODS** 服务计划发生了变化。在服务开始时，根据受益人的要求，签约供应者将手册分发给所有受益人。阿拉米达县 **DMC-ODS** 提供者网络需要提供受益人手册的副本，并将协助您确定资格。



致电 **1-800-491-9099**（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 **ACCESS** 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 **ACCESS Line**。

为什么我可能需要精神病住院服务？

如果您的精神健康状况或精神健康状况的症状无法在较低级别的护理中得到安全治疗，并且由于精神健康状况或精神健康状况的症状，您可能会被送往医院：

- 代表当前对您自己或他人的危险，或重大财产损失
- 无法提供或使用食物、衣服或住所
- 对您的身体健康构成严重威胁
- 由于心理健康状况，最近的工作能力显著下降
- 需要精神科评估、药物治疗或其他只能在医院提供的治疗



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康
ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

选择供货商

我如何找到我需要的专业心理健康服务的提供者？

您的心理健康计划需要在线发布当前提供者名录。如果您对当前提供者有疑问或想要最新的提供者名录，请访问您的心理健康计划网站 <https://acbh.my.site.com/ProviderDirectory/s/> 或拨打心理健康计划的免费电话号码。如果您要求，您可以得到一份书面或邮寄的清单。

心理健康计划可能会对您的提供者选择施加一些限制。当您第一次开始接受专业心理健康服务时，您可以要求您的心理健康计划为您提供至少两个提供者的首次选择。您的心理健康计划还必须允许您更换提供者。如果您要求更换提供者，心理健康计划必须尽可能允许您在至少两个提供者之间进行选择。

您的心理健康计划负责确保您能够及时获得护理，并且您附近有足够的提供者以确保您能够在需要时获得心理健康计划承保的心理健康治疗服务。

有时，心理健康计划的签约提供者选择不再提供专业心理健康服务。心理健康计划的提供者可能不再与心理健康计划签订合同，或者不再自行或应心理健康计划的要求接受 Medi-Cal 专业心理健康服务患者。发生这种情况时，心理健康计划必须真诚地努力向每个从提供者那里接受专业心理健康服务的人发出书面通知。应在终止生效日期前 30 个日历日或心理健康计划知道提供者将停止工作后 15 个日历日向受益人发出通知。发生这种情况时，如果您和提供者同意，您的心理健康计划必须允许您继续从脱离心理健康计划的提供者处获得服务。这被称为“持续护理”，在下方进行了解释。

我可以继续从我当前的提供者处获得服务吗？

如果您已经从 Medi-Cal 管理的护理计划中获得心理健康服务，即使您从您的心理健康计划提供者那里获得心理健康服务，您也可以继续从该提供者那里获得护理，只要这些服务在提供者之间得到协调而且服务不同。

此外，如果您已经在接受其他心理健康计划、管理式医疗计划或个人 Medi-Cal 提供者提供的专业心理健康服务，您可以申请“持续护理”，以便您继续使用当前的提供者，最多至 12 个月，在某些条件下，包括但不限于以下所有条件：

- 您与所申请的提供者当前具有关系；
- 您需要留在当前的提供者处以继续进行治疗，或者因为更换新的提供者会损害您的心理健康状况；
- 提供者合格并符合 Medi-Cal 要求；和
- 提供者同意心理健康计划与心理健康计划签约的要求。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

服务范围

如果您符合获得专业心理健康服务的标准，则可根据您的需要提供以下服务。您的提供者将与您一起决定哪些服务最适合您。

心理健康服务

- 心理健康服务是一种以个人、团体或家庭为基础的治疗服务，可帮助有心理健康问题的人培养应对日常生活的技巧。这些服务还包括提供者帮助接受服务的人提供更好服务而所做的工作。这些类型的事情包括：评估以查看您是否需要该服务以及该服务是否有效；治疗计划以决定您的心理健康治疗目标和将提供的具体服务；“并行”，这意味着与家人和您生活中的重要人物（如果您允许）一起合作，以帮助您改善或维持您的日常生活能力。心理健康服务可以在诊所或提供者的办公室、透过电话或远程医疗、或在您的家中或其他小区环境中提供。[县]（包括关于以下方面的任何额外信息：合同项下可获得的福利的数量、持续时间和范围，需要足够详细以确保受益人了解他们有权获得的福利。(42 C.F.R. § 438.10(g)(2)(iii)).

药物支持服务

- 这些服务包括精神科药物的处方、管理、开处方和监测；与精神科药物相关的教育。药物支持服务可以在诊所或提供者的办公室、透过电话或远程医疗、或在家中或其他小区环境中提供。

针对性的案例管理

- 该服务有助于获得医疗、教育、社会、职业前、职业、康复或其他小区服务，当这些服务对于有心理健康问题的人来说可能难以独立获得时。有针对性的案例管理包括但不限于计划制定；沟通、协调和转介；监控服务交付，以确保个人获得服务和交付系统；并监控此人的进步。

危机干预服务

- 该服务可用于解决需要立即关注的紧急情况。危机干预的目标是帮助小区中的人们，使他们最终不会住进医院。危机干预可持续长达八小时，可以在诊所或提供者的办公室、透过电话或远程医疗、或在家中或其他小区环境中提供。

危机稳定服务

- 该服务可用于解决需要立即关注的紧急情况。危机稳定持续时间少于 24 小时，必须在获得许可的 24 小时医疗保健机构、基于医院的门诊计划或经认证可提供危机稳定服务的提供者站点提供。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

成人住宅治疗服务

- 这些服务为居住在为有心理健康问题的人提供住宅治疗服务的许可设施中的人员提供心理健康治疗和技能培养。这些服务可全天提供。**Medi-Cal** 不会支付在提供成人住宅治疗服务的机构中的食宿费用。

危机住宅治疗服务

- 这些服务为有严重精神或情绪危机但不需要精神病院护理的人提供心理健康治疗和技能培养。在获得许可的设施中全天提供。**Medi-Cal** 不会支付在提供危机住宅治疗服务的设施中的食宿费用。

日间治疗密集型服务

- 这是一项结构化的心理健康治疗计划，提供给可能需要住院或其他全天候护理机构的群体。该计划每天至少持续三个小时。人员可在晚上回家。该计划包括技能培养活动和治疗以及心理治疗。

日间康复

- 这是一个结构化的计划，旨在帮助有心理健康问题的人学习和发展应对和生活技能，并更有效地管理心理健康问题的症状。该计划每天至少持续三个小时。该计划包括技能培养活动和治疗。

精神科住院服务

- 需要在有执照的精神病院，根据有执照的心理健康专家确定此人需要全天候密集心理健康治疗，才能提供这些服务。

精神卫生设施服务

- 这些服务在获得许可的精神健康机构中提供，该机构专门为严重的精神健康状况提供全天候康复治疗。精神健康机构必须与附近的医院或诊所达成协议，以满足机构内人员的身体健康护理需求。

是否为儿童和/或 21 岁以下的年轻人提供特殊服务？

21 岁以下的受益人有资格透过称为早期和定期筛查、诊断和治疗的福利获得额外的 **Medi-Cal** 服务。

要获得“早期和定期筛查、诊断和治疗”服务的资格，受益人必须未满 21 岁并且拥有全面的 **Medi-Cal**。早期和定期筛查、诊断和治疗涵盖纠正或帮助任何行为健康状况所必需的服务。维持、支持、改善行为健康状况或使行为健康状况变得更容易容忍的服务被认为有助于心理健康状况，进而在医疗上是必要的，并作为早期和定期筛查、诊断和治疗服务承保。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

如果您对早期和定期筛查、诊断和治疗服务有任何疑问，请致电 **ACBH 1-800-491-9099**（TTY: 711）或访问 [DHCS 早期和定期筛查、诊断和治疗 网页](#)。

心理健康计划还为儿童、青少年和 21 岁以下的年轻人提供以下服务：治疗行为服务、密集监护协调、密集家庭服务和治疗寄养服务。

治疗行为服务

行为治疗服务是面向 21 岁以下受益人的强化、个性化、短期门诊治疗干预措施。接受这些服务的个人有严重的情绪障碍，正在经历压力大的转变或生活危机，需要额外的短期、特定的支持服务来实现其书面治疗计划中规定的结果。

如果您有严重的情绪问题，治疗行为服务是透过每个心理健康计划提供的一种专业心理健康服务。要获得行为治疗服务，您必须接受心理健康服务，年龄在 21 岁以下，并且拥有全面的 Medi-Cal。

- 如果您住在家里，治疗行为服务的工作人员可以与您一对一合作，以减少严重的行为问题，尽量让您不需要去更高级别的护理，例如儿童团体之家-以及 21 岁以下有严重情绪问题的青少年。
- 如果您住在为有严重情绪问题的 21 岁以下儿童和青少年而设的集体之家，行为治疗服务中心的工作人员可以与您一起合作，这样您就可以转移到较低级别的护理，例如寄养家庭或回家。

行为治疗服务将帮助您和您的家人、看护人或监护人学习解决问题行为的新方法，以及增加有助于您取得成功的行为种类的方法。您、行为治疗服务人员 and 您的家人、看护人或监护人将作为一个团队共同努力，在短时间内解决问题行为，直到您不再需要行为治疗服务。您将拥有一份行为治疗服务计划，该计划将说明您、您的家人、看护人或监护人以及行为治疗服务人员在行为治疗服务期间将做什么，以及行为治疗服务将在何时何地地进行。治疗行为服务的工作人员可以在大多数您可能需要帮助解决问题行为的地方与您一起合作。这包括您的家、寄养家庭、团体之家、学校、日间治疗计划和小区的其他区域。

密集护理协调

密集护理协调是一项有针对性的个案管理服务，有助于评估针对 21 岁以下有资格享受全面 Medi-Cal 服务且符合该服务的医疗必要性标准的受益人的护理计划和服务协调。

密集护理协调服务组成部分包括评估；服务规划与实施；监控和适应；和过渡。密集护理协调服务透过综合核心实践模型的原则提供，包括建立儿童和家庭团队，以确保促进儿童、他们的家庭和相关儿童服务系统之间的协作关系。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

儿童和家庭团队包括正式支持（例如来自儿童服务机构的护理协调员、提供者和个案管理员）、自然支持（例如家庭成员、邻居、朋友和神职人员），以及其他共同制定和实施客户计划并负责支持儿童及其家庭实现目标的个人。密集护理协调还提供一名密集护理协调员，负责：

- 确保以基于优势、个性化、客户驱动以及文化和语言能力的方式获取、协调和提供医疗必要服务。
- 确保服务和支持以儿童的需求为导向。
- 促进儿童、他们的家庭和参与为他们提供服务的系统之间的协作关系。
- 支持家长/看护人满足孩子的需求。
- 帮助建立儿童和家庭团队并提供持续支持。
- 在提供者和儿童服务系统之间组织和匹配护理，让孩子在他们的小区得到服务。

密集的居家服务

密集的居家服务是个性化且基于强项的干预措施，旨在改变或帮助干扰儿童/青少年功能的心理健康状况，旨在帮助儿童/青少年培养在家庭和小区中成功行事所必需的技能，并改善儿童/青少年的家庭帮助儿童/青少年在家庭和小区中成功行事的能力。

根据“儿童和家庭团队的综合核心实践模型”制定的个别化治疗计划来提供密集的居家服务，同时配合家庭的整体服务计划，其中可能包括但不限于评估、计划制定、治疗、康复和并行。密集的居家服务提供给 21 岁以下的受益人，他们有资格获得全面的 Medi-Cal 服务，并且符合该服务的医疗必要性标准。

治疗寄养服务

治疗寄养服务模式允许为 21 岁以下有复杂情绪和行为需求的儿童提供短期、密集、创伤知情和个性化的专业心理健康服务。服务包括计划制定、康复和并行。在治疗寄养服务中，孩子被安置在受过训练、受到严格监督和支持的治疗寄养父母身边。

透过电话或远程医疗提供的服务

可透过电话或远程医疗提供的服务：

- 心理健康服务
- 药物支持服务
- 危机干预服务
- 针对性的案例管理
- 密集护理协调



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 同伴支持服务

一些服务部分可以透过远程医疗或电话提供：

- 日间治疗密集型服务
- 日间康复
- 成人住宅治疗服务
- 危机住宅治疗服务
- 危机稳定服务

电话或远程医疗无法提供的服务：

- 精神卫生设施服务
- 精神科住院服务
- 治疗行为服务
- 密集的居家服务
- 治疗寄养服务



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康
ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

根据您的心理健康计划 (MHP) 确定的不利利益

如果心理健康计划拒绝提供我想要或认为我需要的服务，我有什么权利？

如果您的心理健康计划或代表心理健康计划的提供者拒绝、限制、减少、延迟或终止您想要或认为您应该获得的服务，您有权获得书面通知（称为“不利权益裁定通知书”）来自心理健康计划。您还有权透过要求上诉不同意该决定。以下部分讨论了您获得通知的权利，以及如果您不同意您的心理健康计划的决定该怎么办。

什么是不利权益裁定？

不利权益裁定的定义是指

心理健康计划采取以下任何行动：

1. 拒绝或限制所申请服务的授权，包括根据服务类型或水平、医疗必要性、适当性、环境或承保福利的有效性做出的决定；
2. 先前授权服务的减少、暂停或终止；
3. 全部或部分拒绝支付服务费用；
4. 未能及时提供服务；
5. 未能在标准解决申诉和上诉所需的时限内采取行动（如果您向心理健康计划提出申诉，心理健康计划没有在 90 天内对您的申诉作出决定。如果您向心理健康计划提出上诉，而心理健康计划未在 30 天内回复您并就您的上诉作出书面决定，或者如果您提出加急上诉，并且在 72 小时内未收到回复。）；或者
6. 拒绝受益人对财务责任提出异议的请求。

什么是《不利权益裁定通知书》？

《不利权益裁定通知书》是您的心理健康计划在决定拒绝、限制、减少、延迟或终止您和您的提供者认为您应获得的服务时发送给您的一封信。这包括拒绝支付服务费用、以声称服务不在承保范围内为由的拒绝、以声称服务并非医疗必需为由的拒绝、或拒绝为错误的交付系统提供服务，或拒绝对财务责任提出异议的请求。《不利权益裁定通知书》也用于告知您，您的申诉、上诉或加急上诉未能及时解决，或者您未能在心理健康计划提供的服务的标准时间范围内获得服务。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

通知的时间

计划必须在终止、暂停或减少先前授权的专业心理健康服务的行动日期前至少 **10** 天将通知邮寄给受益人。计划还必须在决定拒绝付款或导致拒绝、延迟或修改全部或部分所请求的专业心理健康服务的决定后的两个工作日内将通知邮寄给受益人。

当我没有得到我想要的服务时，我是否总能收到《不利权益裁定通知书》？

在某些情况下，您可能收不到不利福利裁定通知。您仍然可以向县计划提出上诉，或者如果您已完成上诉程序，您可以在这些事情发生时申请举行州听证会。本手册包含有关如何提出上诉或申请举行公平听证会的信息。您的提供者办公室也应该提供信息。

《不利权益裁定通知书》会告诉我什么？

《不利权益裁定通知书》将告诉您：

- 您的心理健康计划做出的影响您和您获得服务能力的决定
- 决定生效的日期和决定的原因
- 该决定所依据的州或联邦规则
- 如果您不同意心理健康计划的决定，您有权提出上诉
- 如何向心理健康计划提出上诉
- 如果您对心理健康计划对您的上诉的决定不满意，如何申请州听证会
- 如何请求加急上诉或加急州听证会
- 如何获得提出上诉或请求州听证会的帮助。
- 您必须在多长时间内提出上诉或请求举行州听证会。
- 您在等待上诉或州听证会决定期间继续接受服务的权利、如何请求继续接受这些服务，以及这些服务的费用是否由 **Medi-Cal** 支付
- 如果您希望继续提供服务，您必须提交上诉或州听证会请求



致电 **1-800-491-9099** (TTY 用户: **711**) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

收到《不利权益裁定通知书》时我该怎么办？

当您收到《不利权益裁定通知书》时，您应该仔细阅读通知上的所有信息。如果您不理解该通知，您的心理健康计划可以为您提供帮助。您也可以请其他人帮助您。

如果心理健康计划告诉您，您的服务将终止或减少，而您不同意该决定，您有权对该决定提出上诉。在您的上诉或州听证会做出决定之前，您可以继续获得服务。您必须在收到不利福利裁定通知后 **10** 天内或变更生效日期之前请求继续提供服务。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康
ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

问题解决过程：提出申诉或上诉

如果我没有从我的心理健康计划中获得我想要的服务怎么办？

您的心理健康计划必须有一个流程，供您解决与您想要或正在接受的专业心理健康服务相关的任何问题的投诉或问题。这称为问题解决过程，它可能涉及：

1. **申诉程序：**表达对与您的专业心理健康服务或心理健康计划有关的任何事情的不满。
2. **上诉程序：**审查心理健康计划或您的提供者对您的专业心理健康服务做出的决定（例如，拒绝、终止或减少服务）。
3. **州听证会流程：**如果心理健康计划拒绝您的上诉，请求州行政法官举行行政听证会的流程。

提出申诉或上诉，或申请州听证会不会对您不利，也不会影响您正在接受的服务。提出申诉或上诉有助于您获得所需的服务并解决您在专业心理健康服务方面遇到的任何问题。申诉和上诉还可以透过向他们提供可用于改善服务的信息来帮助心理健康计划。当您的申诉或上诉完成后，您的心理健康计划会将最终结果通知您和其他相关人员，例如提供者。当您的州听证会做出决定时，州听证会办公室会将最终结果通知您和其他相关人员。您可以在下方了解有关每个问题解决过程的更多信息。

我可以获得有关提出上诉、申诉或州听证会的帮助吗？

您的心理健康计划将帮助您解释这些流程，并且必须帮助您提出申诉、上诉或请求州听证会。心理健康计划还可以帮助您决定您是否符合所谓的“加急上诉”流程的资格，这意味着它会被更快地审查，因为您的健康、心理健康和/或稳定性处于危险之中。您也可以授权其他人代表您行事，包括您的专业心理健康提供者或倡权者。

如果您需要帮助，请致电 **1-800-779-0787** 联络消费者援助办公室。您的心理健康计划必须填写表格和其他与申诉或上诉相关的程序步骤方面为您提供任何合理的协助。这包括但不限于提供传译服务和具有 TTY/TDD 和传译能力的免费电话号码。

所在州可以帮助我解决我的问题吗？

您可以在周一至周五上午 8 点至下午 5 点（节假日除外）致电 **888-452-8609** 或发送电子邮件至 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov 联络卫生保健服务部监察员办公室。**请注意：**电子邮件消息不被视为机密。您不应在电子邮件中包含个人信息。

您也可以在当地的法律援助办公室或其他团体获得免费法律帮助。您也可以致电 **800-952-5253**（TTY 请致电 **800-952-8349**）联络加州社会服务部（CDSS）的公共咨询和响应部门，询问您的听证会权利。



致电 **1-800-491-9099**（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

申诉程序

什么是申诉？

申诉是表达对您专业心理健康服务的任何不满，这些服务不属于上诉和州听证程序所涵盖的问题之一。

什么是申诉流程？

申诉流程是心理健康计划审查您对您的服务或心理健康计划的申诉或投诉的流程。可以随时以口头或书面形式提出申诉，申诉不会导致您失去权利或服务。如果您提出申诉，不会让您的提供者陷入困境。

您可以授权其他人、倡权人或您的提供者代表您行事。如果您授权他人代表您行事，心理健康计划可能会要求您签署一份表格，授权心理健康计划向该人发布信息。

为决定申诉的心理健康计划工作的任何人都必须有资格做出决定，并且不参与任何先前级别的审查或决策。

我什么时候可以提出申诉？

如果您对专业心理健康服务不满意或对心理健康计划有其他疑虑，您可以随时向心理健康计划提出申诉。

我如何提出申诉？

您可以致电 **1-800-779-0787** 联络您的心理健康计划，以获得申诉方面的帮助。申诉可以口头或书面形式提出。口头申诉不必以书面形式跟进。如果您想以书面形式提出申诉，心理健康计划将在所有提供者站点提供回邮信封，供您邮寄申诉。如果您没有写回自己地址的信封，您可以将您的申诉直接邮寄到本手册正面提供的地址。



致电 **1-800-491-9099** (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

我如何知道心理健康计划是否收到了我的申诉？

您的心理健康计划必须向您发送书面确认，让您知道它已收到您的申诉。

我的申诉何时会得到裁决？

心理健康计划必须在您提出申诉之日起 **90** 个日历日内就您的申诉做出决定。如果您请求延期，或者如果心理健康计划认为需要更多信息并且延迟对您有利，则做出决定的时间范围最多可延长 **14** 个日历日。延迟对您可能有利的一个例子是，如果获得更多时间从您或相关人士处获取信息，则心理健康计划认为其可能会解决您的申诉。

我如何知道心理健康计划是否已就我的申诉做出决定？

当就您的申诉作出决定后，心理健康计划将以书面形式通知您或您的代表该裁定。如果您心理健康计划未能及时将申诉决定通知您或任何受影响方，则心理健康计划将向您提供《不利权益裁定通知书》，告知您您有权利申请州听证会。您的心理健康计划必须在时限截止之日向您提供《不利权益裁定通知书》。如果您没有收到《不利权益裁定通知书》，您可以致电心理健康计划了解更多信息。

提出申诉有截止日期吗？

没有，您可以随时提出申诉。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

上诉程序（标准和加急）

您的心理健康计划必须允许您质疑您不同意的心理健康计划决定，并要求审查心理健康计划或您的提供者就您的专业心理健康服务做出的某些决定。您可以透过两种方式申请审核。一种方法是使用标准上诉流程。另一种方法是使用加急上诉程序。这两种类型的上诉是相似的；但是，加急上诉需要符合具体要求。具体要求解释如下。

什么是标准上诉？

标准上诉是申请审查心理健康计划或您的提供者做出的涉及拒绝或更改您认为您需要的服务的决定。如果您申请标准上诉，心理健康计划可能需要长达 30 天的时间对其进行审查。如果您认为等待 30 天会给您的健康带来风险，您可要求“加急上诉”。

标准上诉程序将：

- 允许您以口头或书面形式提出上诉。
- 确保提出上诉不会以任何方式对您或您的提供者不利。
- 允许您授权他人代表您行事，包括提供者。如果您授权他人代表您行事，心理健康计划可能会要求您签署一份表格，授权心理健康计划向该人发布信息。
- 在要求的时间范围内根据上诉申请继续提供您的权益，该期限是从您的《不利权益裁定通知书》邮寄或亲自交给您之日起 10 日。在上诉未决期间，您不必为继续服务付费。然而，如果您确实要求继续享受福利，并且上诉的最终决定已确认减少或终止您正在接受的服务的决定，您可能需要支付在上诉待决期间提供的服务的费用。
- 确保对您的上诉做出决定的个人有资格这样做，并且不参与任何先前级别的审查或决策。
- 允许您或您的代表检查您的案件档案，包括您的医疗记录，以及在上诉过程中考虑的任何其他文件或记录。
- 让您有合理的机会出示证据和证词，并亲自或以书面形式提出法律和事实论据。
- 允许您、您的代表或已故受益人遗产的法定代表作为上诉方被包括在内。
- 向您发送书面确认，让您知道您的上诉正在接受审查。
- 告知您在完成心理健康计划的上诉程序后，您有权要求举行州听证会。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

我什么时候可以提出上诉？

在以下任何情况下，您都可以向您的心理健康计划提出上诉：

- 心理健康计划或其中一位签约提供者决定您没有资格接受任何 Medi-Cal 专业心理健康服务，因为您不符合医疗必要性标准。
- 您的提供者认为您需要专业心理健康服务并申请心理健康计划批准，但心理健康计划不同意并拒绝您的提供者的申请，或更改服务类型或频率。
- 您的提供者已要求心理健康计划获得批准，但心理健康计划需要更多信息才能做出决定，并且没有按时完成批准过程。
- 您的心理健康计划不会根据心理健康计划设定的时间表为您提供服务。
- 您认为心理健康计划提供的服务不足以满足您的需求。
- 您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。
- 您和您的提供者不同意您需要的专业心理健康服务。

我如何提出上诉？

您可以致电 1-800-779-0787 联络您的心理健康计划，TTY：711 以获得提出上诉的帮助。心理健康计划将在所有提供者站点提供回邮信封，供您邮寄上诉。如果您没有回邮信封，您可以将上诉直接邮寄到本手册前面的地址，或者您可以透过电子邮件将上诉提交至 QAOffice@acgov.org 或传真至 510-639- 1346。

我如何知道我的上诉是否已作出裁定？

您的心理健康计划将以书面形式通知您或您的代表，关于其对您的上诉所作出的决定。该通知将包含以下信息：

- 上诉决议过程的结果
- 作出上诉决定的日期
- 如果上诉没有得到完全有利于您的解决方案，该通知还将包含有关您参加州听证会的权利和提交州听证会程序的信息。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

提出上诉是否有截止日期？

您必须在《不利权益裁定通知书》之日起 **60** 日内提出上诉。如果您没有收到《不利权益裁定通知书》，则提出上诉的日期没有期限；所以您可以随时提出此类上诉。

什么时候会对我的上诉作出裁决？

心理健康计划必须在收到您的上诉请求后 **30** 个日历日内对您的上诉做出决定。如果您申请延期，或者如果心理健康计划认为需要更多信息并且延迟对您有利，则做出决定的时间范围可能会延长最多 **14** 个日历日。延迟对您有利的一个例子是，如果心理健康计划有更多时间从您或您的提供者那里获取信息，它可能会批准您的上诉。

如果我的上诉决定不能等待 **30** 天怎么办？

如果符合加急上诉程序的条件，上诉程序可能会更快。

什么是加急上诉？

加急上诉是决定上诉的更快方法。加急上诉流程遵循与标准上诉流程类似的流程。但是，您必须证明等待标准上诉可能会使您的精神健康状况恶化。加急上诉流程的截止日期也不同于标准上诉程序。心理健康计划有 **72** 小时的时间来审查加急上诉。您可以口头申请加急上诉。您不必以书面形式提出加急上诉申请。

我什么时候可以提出加急上诉？

如果您认为等待标准上诉决定长达 **30** 天会危及您的生命、健康或获得、维持或恢复最大机能的能力，您可以要求加快决议上诉。如果心理健康计划同意您的上诉符合加急上诉的要求，您的心理健康计划将在收到上诉后 **72** 小时内解决您的加急上诉。如果您请求延期，或者如果心理健康计划显示需要更多信息并且延迟对您有利，则做出决定的时间范围最多可延长 **14** 个日历日。

如果您的心理健康计划延长了时间范围，心理健康计划将为您提供一份书面解释，说明延长时间范围的原因。如果心理健康计划决定您的上诉不符合加急上诉的条件，则心理健康计划必须尽合理努力及时口头通知您，并将在两个日历日内以书面形式通知您做出决定的原因。然后，您的上诉将遵循本节前面概述的标准上诉时限。如果您不同意心理健康计划关于您的上诉不符合加急上诉标准的决定，您可以提出申诉。

一旦您的心理健康计划解决了您的加急上诉申请，心理健康计划将以口头和书面形式通知您和所有受影响的各方。



致电 **1-800-491-9099** (TTY 用户: **711**) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

州听证程序

什么是州听证会？

州听证会是由加州社会服务部进行的一项独立审查，由为加州社会服务部工作的行政法法官进行，以确保您获得根据 Medi-Cal 计划您有权获得的专业心理健康服务。您也可以造访加州社会服务部 <https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests> 以获取更多资源。

我的州听证会权利是什么？

您有权：

- 在行政法法官面前举行听证会（也称为州听证会）
- 了解如何申请州听证会
- 被告知有关州听证会代表的规则
- 如果您在规定的时间范围内要求举行州听证会，您的福利将根据您在州听证会过程中的申请继续发放

我什么时候可以申请州听证会？

您可以在以下任何情况下申请州听证会：

- 您提出上诉并收到一封上诉决议函，告知您您的心理健康计划拒绝了您的上诉请求。
- 您的申诉、上诉或加急上诉没有得到及时解决。



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

我如何申请州听证会？

您可以透过以下方式申请州听证会：

- 在线网址：<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- 书面：按照《不利权益裁定通知书》上显示的地址，或邮寄至：

加州社会服务部
州听证会分部门
P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

或传真至：**916-651-5210** 或 **916-651-2789**。

您还可以申请州听证会或加急州听证会：

- 透过电话：致电州听证会部门，免费电话 **800-743-8525** 或 **855-795-0634**，或拨打公共咨询和响应热线，免费电话 **800-952-5253** 或 TDD 电话 **800-952-8349**。

要求举行州听证会是否有最后期限？

有，您只有 **120** 天的时间可以申请州听证会。**120** 天从心理健康计划亲自向您发出上诉决定通知后的第二天开始，或从心理健康计划上诉决定通知的邮戳日期后的第二天开始计算。

如果您没有收到《不利权益裁定通知书》，您可以随时申请州听证会。

在等待州听证会决定期间我可以继续服务吗？

如果您目前正在接受授权服务，并且您希望在等待州听证会决定期间继续接受服务，您必须在收到《不利权益裁定通知书》之日起 **10** 天内，或在您的心理健康计划规定将停止或减少服务之日之前，申请举行州听证会。当您要求举行州听证会时，您必须说明您希望在州听证会过程中继续获得服务。

如果您确实要求继续提供服务，并且州听证会的最终决定确认了减少或终止您正在接受的服务的决定，则您可能需要支付州听证会未决期间所提供服务的费用。



致电 **1-800-491-9099**（TTY 用户：**711**）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

什么时候会就我的州听证会决定做出裁定？

在您申请州听证会后，最多可能需要 **90** 天的时间来裁定您的案件并向您发送答复。

我可以更快地获得州听证会吗？

如果您认为等待过久会对您的健康有害，您可能可以在三个工作日内得到答复。请您的医生或心理健康专家为您写一封信。你也可以自己写一封信。这封信必须详细解释等待长达 **90** 天的时间来决定您的案件将如何严重损害您的生命、您的健康或您获得、维持或恢复最大机能的能力。然后，确保您要求“加急听证会”并提供包含您的听证会申请的信函。

社会服务部州听证会部门将审查您的加急州听证会申请，并决定其是否符合条件。如果您的加急听证会申请获得批准，将举行听证会，并在州听证会部门收到您的申请之日起 **3** 个工作日内发布听证会决定。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

预先指示

什么是预先指示？

您有权获得预先指示。预先指示是加州法律认可的关于您的医疗保健的书面指示。它包括说明您希望的医疗保健提供的方式或您希望在自己无法表达意见的情况下做出哪些决定的信息。您有时可能会听到将“预先指示”描述为生前遗嘱或持久授权书。

加州法律将预先指示定义为口头或书面的个人医疗保健指示或授权书（允许某人为您做决定的书面文件）。所有心理健康计划都必须有预先指示政策。如果被要求提供信息，您的心理健康计划必须提供有关心理健康计划的预先指示政策的书面信息和州法律的解释。如果您想索取信息，您应该致电您的心理健康计划以获取更多信息。

预先指示旨在让人们能够控制自己的治疗，尤其是当他们无法提供有关自己护理的指示时。这属于法律文件，允许人们在无法做出医疗保健决定时提前说出他们的意愿。这可能包括诸如接受或拒绝医疗、手术或做出其他医疗保健选择的权利。在加州，预先指示由两部分组成：

- 您指定的代理人（个人）对您的医疗保健做出决定；和
- 您的个人医疗保健说明

您可以从您的心理健康计划或网上获得一份预先指示表格。在加州，您有权向您的所有医疗保健提供者提供预先指示。您还有权随时更改或取消您的预先指示。

如果您对加州有关预先指示要求的法律有疑问，您可以致函：

加州司法部
收件人：公众咨询组，
P. O. Box 944255
Sacramento, CA 94244-2550



致电 1-800-491-9099（TTY 用户：711）致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

受益人的权利和责任

作为专业心理健康服务的接受者，我有哪些权利？

作为有资格享受 **Medi-Cal** 的人员，您有权从心理健康计划中获得医学上必要的专业心理健康服务。在获得这些服务时，您有权：

- 受到尊重并尊重您的尊严和隐私。
- 接收有关可用治疗选择的信息，并以您可以理解的方式对其进行解释。
- 参与有关您的心理健康护理的决定，包括拒绝治疗的权利。
- 不受任何形式的限制或隔离，这些限制或隔离被作为胁迫、处分、便利、惩罚或报复使用限制和隔离的手段。
- 索要并获得一份您的病历副本，并在需要时要求对其进行更改或更正。
- 接收本手册中关于心理健康计划承保的服务、心理健康计划的其他义务以及此处描述的您的权利的信息。您还有权以易于理解且符合《美国残障人士法案》的形式接收此信息和心理健康计划向您提供的其他信息。这意味着，例如，心理健康计划必须以至少 **5%** 或 **3,000** 名心理健康计划受益人使用的语言提供其书面信息，以较少者为准，并免费为说其他语言的人员提供传译服务。这也意味着心理健康计划必须为有特殊需要的人提供不同的材料，例如盲人或视力有限的人，或阅读有困难的人。
- 从心理健康计划获得专业心理健康服务，该计划遵循与州签订的服务可用性合同、足够能力和服务的保证、协调和持续护理，以及服务的承保范围和授权。心理健康计划需要：
 - 雇用或与足够的提供者签订书面合同，以确保所有符合 **Medi-Cal** 资格且有资格获得专业心理健康服务的受益人都能及时获得这些服务。
 - 如果心理健康计划没有可以提供服务的员工或合同提供者，及时为您承保网络外必要的医疗服务。“网络外提供者”是指不在心理健康计划提供者名单上的提供者。心理健康计划必须确保您不会因为参与网络外提供者的服务而支付任何额外费用。
 - 确保提供者接受过培训，可以提供提供者同意承保的专业心理健康服务。
 - 确保心理健康计划承保的专业心理健康服务在数量、时间长度和范围上足以满足 **Medi-Cal** 合格受益人的需求。这包括确保心理健康计划的服务付款审批系统基于医疗必要性，并确保医疗必要性标准得到公平使用。
 - 确保其提供者对可能接受服务的人进行充分评估，并确保他们与将接受服务的人一起制定将要提供的治疗和服务的目标。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 向心理健康计划网络内或网络外的合格医疗保健专业人员提供第二意见，如果您提出要求，您无需支付额外费用。
- 协调其提供的服务与透过 Medi-Cal 管理式医疗计划或您的初级保健提供者提供的服务，如有必要，并确保您的隐私按照联邦健康信息隐私规则的规定受到保护。
- 及时获得护理，包括全天候提供的服务，当医疗上有必要治疗紧急心理疾病或突发或危机情况时。
- 参与本州岛鼓励以符合文化的方式向所有人提供服务的工作，包括那些英语水平有限和具有不同文化和种族背景的人。
- 您的心理健康计划必须遵守适用的联邦和州法律（例如：根据 45 CFR 第 80 部分的规定实施的 1964 年《民权法案第六章》；根据 45 CFR 第 91 部分的规定实施的 1975 年《年龄歧视法》；1973 年《康复法案》；1972 年《教育修正案第九章》（关于教育计划和活动）；《美国残障人士法案》第二章和第三章；《患者保护和平价医疗法案》第 1557 条；以及此处描述的权利。换言之，你应该接受治疗，并且必须不受歧视。
- 根据有关心理健康治疗的州法律，您可能拥有额外的权利。如果您想联络您所在县的患者权利倡权人，您可以致电：1-800- 734-2504 或 (510) 835-2505。

作为专业心理健康服务的接受者，我有哪些责任？

作为专业心理健康服务的接受者，您有责任：

- 仔细阅读本受益人手册和心理健康计划的其他重要信息材料。这些材料将帮助您了解可以使用哪些服务以及在需要时如何获得治疗。
- 如期参加您的治疗。如果您与您的提供者合作制定您的治疗目标并遵循这些目标，您将获得最佳结果。如果您确实不能出席预约，请至少提前 24 小时致电您的提供者并重新安排日期和时间。
- 参加治疗时，请始终携带您的 Medi-Cal 福利识别卡 (BIC) 和带照片的身份证件。
- 在预约之前让您的提供者知道您是否需要口语口译员。
- 告诉您的提供者您所有的医疗问题。您分享的关于您的需求的信息越完整，您的治疗就越成功。
- 如有任何问题，请务必询问您的提供者。充分理解您在治疗期间收到的信息非常重要。
- 执行您和您的提供者商定的计划行动步骤。
- 如果您对您的服务有任何疑问，或者如果您与您的提供者有任何您无法解决的问题，请联络心理健康计划。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

- 如果您的个人信息有任何更改，请告知您的提供者和心理健康计划。这包括您的地址、电话号码和任何其他可能影响您参与治疗能力的医疗信息。
- 尊重和礼貌地对待为您提供治疗的员工。
- 如果您怀疑存在欺诈或不当行为，请举报：
 - 卫生保健服务部要求任何怀疑 Medi-Cal 欺诈、浪费或滥用的人拨打 DHCS Medi-Cal 欺诈热线 **1-800-822-6222**。如果您觉得这是紧急情况，请拨打 **911** 寻求实时帮助。通话是免费的，来电者可以保持匿名。
 - 您还可以透过电子邮件向 fraud@dhcs.ca.gov 或使用 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> 上的在线表格报告涉嫌欺诈或滥用行为。



致电 1-800-491-9099 (TTY 用户: 711) 致电阿拉米达县行为健康 ACCESS 计划或在线访问 <https://www.acbhcs.org/>。
全天候可拨打 ACCESS Line。

非歧视通知

歧视是违反法律的行为。阿拉米达县行为健康 (ACBH) 遵循州和联邦民权法。ACBH 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别而非法歧视、排斥或区别对待他们、性别认同或性取向。

ACBH 提供：

- 为残障人士提供免费帮助和服务，帮助他们更好地沟通，例如：
 - 合格的手语翻译
 - 其他格式的书面信息（大字体、盲文、音频或可造访的电子格式）
 - 为主要语言不是英语的人提供免费语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 用其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请拨打 1-800-491-9099 联络阿拉米达县全天候 ACCESS 热线。或者，如果您听不见或说不清，请致电 (TTY:711)。根据要求，本文件可以盲文、大字体、音频或可造访的电子格式提供给您。

如何提出申诉

如果您认为 ACBH 未能提供这些服务或以其他方式基于性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔群体识别、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向进行非法歧视，您可以向阿拉米达县行为健康消费者援助提出申诉。您可以透过电话、书面或线下提出申诉：

- 透过电话：周一至周五上午 9 点至下午 5 点之间致电 1-800-779-0787 联络消费者援助。或者，如果您听不见或说不清，请致电 TTY:711.
- 书面：填写申诉表或写信寄至：

消费者援助办公室
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

- 亲临现场：造访您的提供者办公室或心理健康协会，地址为 954 60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608，并说您想提出申诉。
- 申诉表格可在线获取，请造访：<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>.

民权办公室—加州医疗保健服务部

您还可以透过电话、书面或电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 透过电话：致电 **916-440-7370**。如果您说不清或听不见，请拨打 **711**（加利福尼亚州中继服务）。
- 书面：填写投诉表或写信至：
医疗保健服务部民权办公室
P.O.Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413
- 投诉表格可在以下网址找到：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民权办公室—美国卫生与公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您也可以向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉，透过电话、书面或电子方式：

- 透过电话：致电 **1-800-368-1019**。如果您说不清或听不见，请致电 **TTY/TDD 1-800-537-7697**
- 书面：填写投诉表或写信至：

U.S.Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201

- 投诉表格可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 获取。
- 电子方式：造访民权办公室投诉门户网站
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

语言标语

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-491-9099 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-491-9099 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-491-9099 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-491-9099 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-491-9099 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-491-9099 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទសាសនាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-491-9099 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-491-9099 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-491-9099 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-491-9099 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-491-9099 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-491-9099 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-491-9099 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-491-9099 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다.

1-800-491-9099 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-491-9099 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-491-9099 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-491-9099 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-491-9099 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-491-9099 (TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-491-9099 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-491-9099 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-491-9099 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-491-9099 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-491-9099 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-491-9099 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-491-9099 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.