



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

不利福利認定通知書

關於您的治療要求

日期

Beneficiary's Name

Address

City, State, Zip

Medi-Cal號碼

Treating Provider's Name

Address

City, State, Zip

電話號碼

事由: Service Requested

You or your provider [Name of requesting provider 向三藩市行為健康服務部要求取得或核准Service requested。 Plan or Name of requesting provider未在number of個工作日內提供服務。我們的紀錄顯示您曾在date requested要求服務或有人代您要求服務。

我們謹對延遲提供及時的服務感到抱歉。我們正在處理您的要求，將會盡快提供Service requested。

您可以對本決定提出上訴。隨附的「您的權利」資訊通知會說明上訴方式，也會告訴您可在何處獲得上訴的協助。這也代表免費的法律協助。我們鼓勵您寄出可能對您的上訴有幫助的任何資訊或文件。隨附的「您的權利」資訊通知會說明提出上訴時必須遵守的時間表。

計劃可以幫助您解答對於本通知的任何問題。如需協助，可以在週一至週五上午8點到下午5點致電1-888-246-3333。如果您有言語或聽力困難，請在週一至週五上午8點到下午5點致電TDD號碼1-888-484-7200尋求協助。



如果您需要本通知及（或）其他計畫文件的替代格式，例如大字版、點字或電子格式，或是您需要閱讀資料的協助，請致電**1-888-246-3333**聯絡健康服務中心（**Health Access Center**）。

如果計劃無法提供讓您滿意的幫助及（或）您需要額外幫助，州立**Medi-Cal**管理式保健部的申訴專員辦公室可以幫助解答您的疑問。您可以在週一至週五太平洋時間上午**8**點到下午**5**點致電**1-888-452-8609**，假日除外。

本通知不會影響您其他的**Medi-Cal**服務。

附件： **NOABD「您的權利」**
 語言協助標籤
 受益人反歧視通知

cc: **Quality Management**