



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

**不利福利确定通知 - 及时服务
关于您的治疗请求**

日期

*受益人姓名
地址
城市，州邮编*

*治疗提供者名称
地址
城市，州邮编*

回复: *申请的服务*

您或您的提供者 [申请提供者的名称] 已请求 计划 获取或批准 申请的服务。计划或申请提供者的名称未在几个工作日内提供服务。我们的记录显示，您在 申请的日期 申请服务或者委托他人代您申请服务。

对于在提供即时服务方面给您带来的延迟，我们向您深表歉意。我们正在加紧处理您的申请，并将很快为您提供 *申请的服务*。

您可以就此决定提起上诉。“您的权利”信息通知附件将为您介绍如何进行上诉，以及从哪里可以获取上诉方面的帮助，这还意味着，您可以获得免费法律帮助。建议您在提交上诉时随附上任何有助于您开展上诉的信息或文件。“您的权利”信息通知附件亦包含在申请上诉时您必须遵守的时间表。

计划可以帮助您解答有关本通知的任何问题。如需帮助，请致电 *计划，工作时间*，电话号码为 *计划成员服务电话号码*。如在听说方面存在困难，请在 *工作时间* 拨打 *TTY/TTD 号码 TTY/TTD 号码*，获取帮助。

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/或计划其他文件，或者如需帮助阅读材料，请联系 *计划，致电 电话号码*。

如果计划无法提供令您满意的帮助和/或您需要额外帮助，则您可以请求州 Medi-Cal 管理式护理调查专员办公室帮助解答您的任何问题。您可以在星期一到星期五



太平洋标准时间上午 8 点到下午 5 点（节假日除外）拨打 1-888-452-8609 致电该办公室。

本通知不会影响您的任何其他 Medi-Cal 服务。

签字栏

附件：“您的权利”

语言帮助标语

受益人非歧视通知

每封信随附上通知