**您的 MEDI-CAL 權利**

**如需大字體版、盲文版或電子版等替代通信格式的本通知和/或計劃其他文件，或者如需幫助閱讀材料，請撥打 1-888-246-3333 聯系行為健康醫療中心。**

**如果您不同意我們針對您的心理健康或藥物使用障礙治療作出的決定，您可以提起上訴。請向您的計劃提起上訴。**

**如何提起上訴**

自本“不利福利確定通知”函日期起，您有 **60 天** 的上訴時間。**如果您目前正在接受治療，並且您希望繼續接受治療，則您必須在本函所註日期起 10** 天內或者在計劃宣布停止服務的日期之前提起上訴。您必須表明您想要在提起上訴期間繼續接受治療。

您可以通過電話或以書面形式提起上訴。如果您通過電話提起上訴，則必須簽署書面上訴加以跟進。如果您需要幫助，行為醫療服務將為您提供免費的援助。

* 通過電話提起上訴：請於營業時間（上午 8 點 - 下午 5 點）撥打 415-255-3632，聯系投訴/上訴辦公室。此外，您也可以撥打 7×24 全天候熱線 1-888-246-3333，隨時聯系行為健康醫療中心。或者如果您存在聽說困難，請撥打 TDD：1-888-484-7200。
* 以書面形式提起上訴：填寫上訴表格或者寫信至您的計劃，並寄送到：

**Alameda County Behavioral Health**

**Quality Assurance Office w/ Grievance/Appeal**

**2000 Embarcadero Cove, Suite 400**

**Oakland, CA 94606**

您可以從您的提供者處獲取上訴表，也可以請求行為健康服務向您寄送壹張表格。

您可以自行提起上訴，或者您也可以讓親屬、朋友、倡導者、提供者或律師等代您提起上訴。此人稱作

 “授權代理人”。您可以發送您想讓您的計劃審核的任何類型的信息。您的上訴將由壹名與作出初次決定者不同的人士審核。

您的計劃將有 30 天時間來給您答復。到那時，您將收到壹封“上訴決議通知”函。此信函將告知您計劃作出的決定。**如果您在 30 天內未收到包含計劃決定的信函，則您可以申請召開“州聽證會”，由法官審核您的個案**。請閱讀以下部分，了解如何申請召開州聽證會。

**加急上訴**

如果您覺得等待 30 天會傷害您的健康，您可在 72 小時之內得到答復。在提起上訴時，請說明為何等待會傷害您的健康。確保您申請**“加急上訴。”**

**州聽證會**

如果您提起上訴，並收到壹封“上訴決議通知”函，告知您您的計劃仍不能提供此等服務，**或者您未收到告知您上訴決定的信函，並且時間已過去 30 天**，則您可以申請召開“州聽證會”，由法官審核您的案例。您無需為召開州聽證會支付任何費用。

您必須在“上訴決議通知”函日期起 **120 天**內申請召開州聽證會。您可以通過電話、電子或書面形式申請召開州聽證會：

* 通過電話：撥打 **1-800-952-5253**。如果您存在聽說困難，請撥打

**TTY/TDD 1-800-952-8349**。

* 通過電子方式：您可以在線申請州聽證會。請訪問加利福尼亞州社會服務部網站填寫電子表格：<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
* 通過書面形式：填寫州聽證會表格或寄信至：

**California Department of Social Services**

**State Hearings Division**

**P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37**

**Sacramento, CA 94244-2430**

確保在信中註明您的姓名、地址、電話號碼、出生日期以及您想要召開聽證會的原因。如果您請他人幫助您申請州聽證會，

DHCS –不利福利確定通知“您的權利”文件

DHCS –不利福利確定通知“您的權利”文件

英語 7/18

在表格或信函中加入他們的姓名、地址和電話號碼。如果您需要壹名口譯員，請告知我們您講的語言。您無需為口譯服務支付任何費用。我們將為您尋找壹名口譯員。

在您申請州聽證會後，我們可能需要至多 90 天時間來裁定您的個案並給您答復。如果您覺得等待如此長的時間會傷害您的健康，您可在 3 個工作日之內得到答復。您可以請您的提供者或計劃為您寫壹封信，或者您也可以自己寫壹封信。信中須詳細說明為等待個案裁決 90 天時間如何嚴重損害您的生命、您的健康，或者您獲得、維持或恢復機能的能力。然後，申請**“加急聽證會”**，並隨信附上您的聽證會申請。

**授權代理人**

您可以自己在州聽證會上發言，也可以請親人、朋友、倡導者、提供者或律師代您發言。如果您想讓他人代您發言，則您必須告知州聽證會辦公室您授權此人代您發言。此人稱作“授權代理人”。

**法律幫助**

您可以獲取免費法律幫助。此外，您還可以撥打您所在縣當地的法律援助計劃，

電話號碼為 1-888-804-3536。