

MẪU ĐƠN YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN TIỂU BANG KHI BI TỪ CHỐI CHĂM SÓC CÓ QUẢN LÝ

Quý vị có thể yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang bằng cách gọi: **1-800-743-8525**. Người dùng **TDD**, vui lòng gọi **1-800-952-8349**. Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên điều trần theo những cách sau:

- Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần **TRỰC TUYẾN** tại **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Quý vị có thể điền vào biểu mẫu này và **FAX** nó tới Bộ phận Điều trần Tiểu bang theo số **916-309-3487**
- Quý vị có thể điền vào biểu mẫu này và **GỬI EMAIL** tới **SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV**
- (Lưu ý: Nếu quý vị gửi mẫu đơn qua email, *vui lòng hiểu rằng có nguy cơ một người nào đó không phải là Bộ phận Điều trần Tiểu bang có thể chặn email của quý vị. Vui lòng cân nhắc sử dụng một phương thức an toàn hơn để gửi yêu cầu của quý vị.*)
- Quý vị cũng có thể **GỬI QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN** Yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang này tới:

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

Để được trợ giúp miễn phí việc điền vào biểu mẫu này, quý vị hãy gọi đến số điện thoại trợ giúp pháp lý được liệt kê trong Thông báo 'Quyền của Quý vị' được đính kèm

Tôi không đồng ý với quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Nêu rõ phương pháp điều trị, thuốc, thiết bị hoặc dịch vụ mà bác sĩ yêu cầu. Tôi không đồng ý vì:

(Nếu quý vị cần thêm chỗ để viết, hãy sử dụng một tờ giấy khác và đính kèm nó vào tờ giấy này.)

VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN NÀY VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Đây là người đã được tôi xác nhận là người thụ hưởng)

TÊN: _____

NGÀY SINH: _____

ĐỊA CHỈ (Nơi quý vị có thể nhận thư): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

Quý vị có cho phép chúng tôi liên lạc với quý vị qua email không? [] CÓ [] KHÔNG

Nếu Có, **ĐỊA CHỈ EMAIL** của quý vị là gì: _____

Vui lòng cung cấp Số **Thẻ BIC Medi-Cal** và/hoặc Số **An sinh Xã hội** nếu quý vị có: _____

Quý vị có **Straight Medi-Cal (Trả Phí theo Dịch vụ)** hoặc **Chăm sóc có Quản lý** không?

Nếu là **Chăm sóc có Quản lý**, tên của **CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ** của quý vị là gì:

VUI LÒNG TRẢ LỜI MỌI CÂU HỎI DÀNH CHO NGƯỜI THỤ HƯỞNG

Bác sĩ của tôi đã yêu cầu quyền lợi cho sức khỏe này vào ngày này: _____

Chương trình bảo hiểm y tế đã từ chối quyền lợi cho sức khỏe này vào ngày này: _____

Tôi đã kháng nghị vụ việc lên Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe:

CÓ [] Vào ngày nào? _____ KHÔNG []

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe đã đưa ra câu trả lời cho kháng nghị:

CÓ [] Vào Ngày nào? _____ KHÔNG []

Quý vị có yêu cầu kháng nghị cấp tốc với Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe (72 Giờ) không? [] CÓ [] KHÔNG

Chương trình Bảo hiểm Sức khỏe có đưa ra quyết định kháng nghị trong 72 Giờ không? [] CÓ [] KHÔNG

TÔI CẦN ĐIỀU NÀY CHO PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA TÔI (Đánh dấu vào các Ô này nếu phù hợp với quý vị):

- Tôi cần một Phiên Điều trần Cấp tốc vì tình huống của tôi là khẩn cấp.** Trường hợp của tôi phải được quyết định rất nhanh và tôi không thể đợi đến 90 ngày. Đây là những gì sẽ xảy ra nếu không có một quyết định nhanh chóng:

GIẢI THÍCH TẠI SAO QUÝ VỊ KHÔNG THỂ CHỜ ĐỢI CHO ĐẾN 90 NGÀY. Nếu quý vị không giải thích, hồ sơ của quý vị sẽ không được giải quyết nhanh và sẽ được sắp xếp vào lịch bình thường. Quý vị có thể gửi kèm một thư từ bác sĩ hoặc chương trình của mình để trình bày lý do tại sao quý vị không thể chờ đợi.

- Các Dịch vụ được Tiếp tục / Viên Trợ Đã thanh toán Chờ giải quyết:** Xin vui lòng tiếp tục việc điều trị của tôi cho đến khi Thẩm phán đưa ra quyết định cho trường hợp của tôi. (Mô tả phương pháp điều trị mà quý vị muốn tiếp tục và cho biết ngày nào chương trình đã dừng hoặc dự định dừng phương pháp đó):

- Tôi muốn có một Thông dịch viên Miễn phí.** Ngôn ngữ hoặc phương ngữ của tôi là: _____

- Tôi bị khuyết tật và muốn có một phương tiện trợ giúp hợp lý để giúp tôi tham gia phiên điều trần của mình.** (Những) phương tiện hỗ trợ tôi muốn là:

- Tôi muốn người khác phát biểu thay tôi (đại diện cho tôi) tại phiên điều trần.** Cô ấy/anh ấy có thể xem hồ sơ y tế của tôi liên quan đến phiên điều trần này và đến tham dự phiên điều trần. Người tôi đã chọn để nói thay cho tôi là:

Tên: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Chữ ký của tôi: _____ Ngày hôm nay: _____

GỬI MẪU ĐƠN NÀY CÙNG MỘT BẢN SAO CỦA THƯ (THÔNG BÁO VỀ GIẢI QUYẾT KHÁNG NGHỊ) MÀ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM Y TẾ CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ CÓ. (NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÓ BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY CHO MÌNH, HÃY SAO CHÉP NÓ TRƯỚC KHI GỬI.)