

메디칼(Medi-Cal)에 따른 귀하의 권리

이 통지서 및/또는 플랜의 기타 문서가 큰 글꼴, 점자 또는 전자 형식과 같은 대체 의사소통 형식으로 필요하거나 자료를 읽는 데 도움이 필요한 경우 접근 및 위기 라인(ACL, Access and Crisis Line)에 1-888-724-7240 번으로 전화하여 문의하십시오.

귀하의 정신건강 또는 물질사용장애 치료에 대한 판결에 동의하지 않는 경우 귀하는 이의를 제기할 수 있습니다. 이 이의 제기는 귀하의 플랜(Plan)에 제출됩니다.

이의 제기 방법

귀하는 본 '불리한 혜택 결정 통지서' 서신에 기재된 날짜로부터 **60 일** 이내에 이의를 제기할 수 있습니다. 현재 치료를 받고 있고 치료를 계속 받으려면, 이의 제기를 **10 일** 이내(이 서신에 기재된 날짜 기준)에 또는 귀하의 플랜이 서비스가 중단될 것이라고 명시한 날짜 이전에 해야 합니다. 귀하는 이의를 제기할 때 치료를 계속 받고 싶다고 해야 합니다.

이의는 전화나 서면으로 제기할 수 있습니다. 전화로 이의를 제기하는 경우, 서명한 서면 이의 제기를 후속 조치로 제출해야 합니다. 도움이 필요한 경우 플랜에서 무료 지원을 제공합니다.

전화: 아래의 지지 기관 중 한 곳에 문의하십시오. 듣거나 말하는 것이 어려운 경우 711 번으로 전화하십시오.

외래 서비스 전화 문의처: 보건 교육 및 지지를 위한 소비자 센터 (CCHEA, Consumer Center for Health Education and Advocacy) 1-877-734-3258 오전 9 시 ~ 오후 5 시	입원 또는 상주 서비스 전화 문의처: JFS 환자 지지 프로그램 (JFS Patient Advocacy Program) 619-282-1134 또는 1-800-479-2233 오전 8 시 ~ 오후 5 시
--	--

서면: 이의 제기 양식 또는 플랜에 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

외래 서비스: CCHEA, Consumer Center for Health Education and Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110	입원 또는 상주 서비스: JFS Patient Advocacy Program 8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123
---	---

메디칼(Medi-Cal)에 따른 귀하의 권리 - 이의 제기

샌디에이고 카운티 BHS(플랜) 개정 2021/09/03

메디칼(Medi-Cal)에 따른 귀하의 권리

귀하의 서비스 제공자가 이의 제기 양식을 제공할 것 입니다. 위의 기관에서도 귀하에게 양식을 보낼 수 있습니다.

귀하는 직접 이의를 제기할 수 있습니다. 또는 친척, 친구, 지지자, 제공자 또는 변호사와 같은 사람이 귀하를 대신하여 이의를 제기할 수 있습니다. 이 사람을 '위임 대리인'이라고 합니다. 귀하는 플랜이 검토하기를 원하는 모든 유형의 정보를 보낼 수 있습니다. 귀하가 제기한 이의는 첫 번째 판결을 내린 사람이 아닌 다른 제공자가 검토합니다.

귀하의 플랜은 30 일 이내에 답변을 제공합니다. 그때 '이의 제기 해결 통지서'를 받게 됩니다. 본 서신은 플랜이 판결한 사항을 알려드립니다. **30일 이내에 플랜의 판결이 담긴 서신을 받지 못한 경우 '주 공청회'를 요청할 수 있으며 판사가 귀하의 케이스를 검토할 것입니다.** 주 공청회 요청 방법에 대한 지침은 아래 섹션을 읽어 보십시오.

신속 이의 제기

30 일을 기다리는 것이 귀하의 건강을 해친다고 생각되면 72 시간 이내에 답변을 받을 수도 있습니다. 이의 제기를 제출할 때 기다리는 것이 왜 귀하의 건강을 해치는지 말씀하십시오. 꼭 '신속 이의 제기'를 요청하십시오.

주 공청회

이의 제기를 제출했고 플랜이 여전히 서비스를 제공하지 않을 것이라는 '이의 제기 해결 통지서'를 받은 경우 또는 **판결 통지 서신을 전혀 받지 못하고 30일이 지난 경우** 귀하는 '주 공청회'를 요청할 수 있습니다. 판사가 귀하의 케이스를 검토할 것입니다. 주 공청회에 대한 비용은 지불하지 않아도 됩니다.

반드시 '이의 제기 해결 통지서' 서신에 기재된 날짜로부터 **120일** 이내에 주 공청회를 요청해야 합니다. 주 공청회는 전화 또는 전자적으로 또는 서면으로 요청할 수 있습니다.

- **전화:** **1-800-952-5253** 번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 **TTY/TDD 1-800-952-8349** 번으로 전화하십시오.

전자 방식: 온라인으로 주 공청회를 요청할 수 있습니다. 다음의 캘리포니아 사회복지부 웹사이트를 방문하여 전자 양식을 작성하십시오.

<https://acms.dss.ca.gov/acms/page.request.do?page=public.intakeForm>

- 서면: 주 공청회 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.

메디칼(Medi-Cal)에 따른 귀하의 권리

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

귀하의 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 주 공청회를 원하는 이유를 반드시 작성해 주십시오. 귀하가 주 공청회를 요청하는 데 도움을 주는 사람이 있는 경우 양식이나 서신에 그 사람의 이름, 주소, 전화번호를 추가로 작성하십시오. 통역이 필요한 경우 어떤 언어를 사용하는지 알려주십시오. 통역에 대한 비용은 지불하지 않아도 됩니다. 저희가 준비해 드리겠습니다.

주 공청회 요청 후에는 귀하의 케이스를 판결하고 답변을 보내는 데 최대 90 일이 소요될 수 있습니다. 이 기간을 기다리는 것이 귀하의 건강을 해친다고 생각되면 영업일 3 일 이내에 답변을 받을 수도 있습니다. 귀하의 제공자 또는 플랜에 서신을 써달라고 요청하거나 귀하가 직접 작성할 수도 있습니다. 서신에는 귀하의 케이스가 판결이 나기까지 최대 90 일을 기다리는 것이 귀하의 생명, 건강 또는 최대한의 기능을 수행, 유지 또는 회복하는 능력에 얼마나 심각한 해를 끼칠 수 있는지 자세히 설명해야 합니다. 그런 다음 '신속 공청회'를 요청하고 공청회 요청과 함께 서신을 제공하십시오.

위임 대리인

귀하는 주 공청회에서 자신을 변호할 수 있습니다. 또는 친척, 친구, 지지자, 제공자 또는 변호사와 같은 사람이 귀하를 대신하여 발언할 수 있습니다. 다른 사람이 귀하를 대신하여 발언하기를 원하는 경우 해당 사람이 귀하를 대신하여 발언할 수 있음을 주 공청회 사무소에 알려야 합니다. 이 사람을 '위임 대리인'이라고 합니다.

법률 지원

귀하는 무료 법률 지원을 받을 수 있습니다. 해당 카운티의 지역 법률 보조(Legal Aid) 프로그램에도 1-877-734-3258 번으로 전화할 수 있습니다.