

اگر نیاز دارید این اطلاعات و/یا سایر اسناد مربوط به طرح در قالب‌های دیگری مثل چاپ درشت، خط بریل یا یک قالب الکترونیکی در اختیار شما قرار بگیرد یا در صورتی که برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید از طریق شماره 1-888-724-7240 با خط بحرانی (ACL) تماس بگیرید.

در صورتی که با تصمیم اتخاذ شده در مورد درمان سلامت روان یا اختلال سوءمصرف مواد مخدر خود موافق نیستید می‌توانید درخواست استیناف تسلیم کنید. این درخواست استیناف نزد طرح شما تسلیم می‌شود.

### نحوه ارائه درخواست تجدید نظر

اعلامیه

از تاریخ این "تعیین مزایا برخلاف درخواست شما" **60 روز** فرصت دارید که درخواست استیناف و تجدیدنظر خود را تسلیم کنید. در صورتی که در حال درمان هستید و می‌خواهید درمان شما ادامه پیدا کند، باید ظرف مدت **10 روز** از تاریخ روی نامه یا قبل از تاریخی که طرح شما برای توقف خدمات اعلام کرده است، برای درخواست تجدیدنظر اقدام کنید. هنگام پر کردن درخواست باید بگویید که مایل به ادامه دریافت درمان هستید.

شما می‌توانید به صورت کتبی یا از طریق تلفن درخواست تجدیدنظر بدهید. اگر به صورت تلفنی درخواست تجدیدنظر بدهید، باید پس از درخواست تلفنی یک درخواست مکتوب و امضا شده ارسال کنید. در صورت نیاز طرح به طور رایگان به شما کمک خواهد کرد.

از طریق تلفن: با یکی از آژانس‌های دفاع زیر تماس بگیرید. در صورتی که مشکل شنوایی و یا گفتاری دارید، با شماره 711 تماس بگیرید.

برای خدمات بستری یا اقامت، با برنامه دفاع از بیمار JFS	برای خدمات سرپایی، با مرکز مشتریان برای آموزش سلامت و دفاع (CCHEA) تماس بگیرید.
به شماره 619-282-1134 یا 1-800-479-2233	1-877-734-3258
08:00 ق.ظ. تا 5:00 ب.ظ. تماس بگیرید.	9:00 ق.ظ. تا 5:00 ب.ظ.

به شکل کتبی: یک فرم درخواست تجدیدنظر پر کنید یا برای طرح خود یک نامه بنویسید و به این آدرس ارسال کنید:

برای خدمات بستری یا اقامت، با برنامه دفاع از بیمار JFS 8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123	برای خدمات سرپایی: Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCHEA) 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
---	---

ارائه‌دهنده شما فرم‌های درخواست تجدیدنظر را در اختیار دارند. آژانس‌های بالا می‌توانند یک فرم برای شما ارسال کند

## حقوق شما بر اساس Medi-Cal

ممکن است خودتان یک درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یا می‌توانید از شخص دیگری از قبیل خویشاوند، دوست، وکیل، ارائه‌دهنده یا دادستان بخواهید از طرف شما درخواست تجدیدنظر ارائه کنند. به این شخص «نماینده مجاز» گفته می‌شود. می‌توانید هرگونه اطلاعاتی که مایلید توسط طرح بررسی شود را ارسال کنید. درخواست تجدیدنظر شما توسط ارائه‌دهنده متفاوت بررسی می‌شود و شخصی که تصمیم اولیه را گرفته در آن دخالت ندارد.

طرح شما برای ارائه پاسخ 30 روز فرصت دارد. در این مدت شما یک نامه "اطلاعیه تصمیم تجدیدنظر" دریافت خواهید کرد. این نامه تصمیم طرح را به شما "اطلاع می‌دهد". اگر پس از گذشت 30 روز باز هم نامه مربوط به تصمیم طرح را دریافت نکردید، می‌توانید درخواست «رسیدگی ایالتی» ارائه کنید تا یک قاضی پرونده شما را بررسی کند. لطفاً برای اطلاع از نحوه درخواست رسیدگی ایالتی، بخش زیر را مطالعه نمایید.

### درخواست‌های تجدید نظر تسریع شده

اگر فکر می‌کنید انتظار برای مدت 30 روز به سلامت شما آسیب می‌زند، ممکن است بتوانید ظرف مدت 72 ساعت پاسخ خود را دریافت کنید. در زمان تنظیم درخواست تجدیدنظر، اعلام کنید به چه دلیل انتظار به سلامت شما آسیب می‌رساند. حتماً "درخواست‌های تجدیدنظر تسریع‌شده" داشته باشید.

### رسیدگی ایالتی

اگر یک درخواست تجدیدنظر تنظیم کرده و یک نامه "اعلامیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر" دریافت کردید که اعلام می‌کند طرح شما هنوز هم خدمات مورد بحث را ارائه نمی‌کند، یا اصلاً هیچ نامه‌ای در رابطه با تصمیم اتخاذ شده دریافت نکرده‌اید و 30 روز از تاریخ درخواست شما گذشته است، می‌توانید درخواست یک "رسیدگی ایالتی" داشته باشید و یک قاضی پرونده شما را بررسی خواهد کرد. برای رسیدگی ایالتی نیاز نیست هیچ هزینه‌ای پرداخت کنید.

باید ظرف مدت **120 روز** از تاریخ این نامه "اعلامیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر"، درخواست رسیدگی ایالتی خود را ارائه کنید. می‌توانید به صورت تلفنی، الکترونیک یا کتبی درخواست رسیدگی ایالتی داشته باشید:

- از طریق تلفن: با **1-800-952-5253** تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-952-8349** تماس بگیرید.
- به صورت الکترونیک: می‌توانید به صورت آنلاین درخواست رسیدگی ایالتی ارائه کنید. لطفاً برای تکمیل فرم الکترونیک به وبسایت سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا به این آدرس مراجعه کنید:  
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- به شکل کتبی: یک فرم رسیدگی ایالتی پر کنید یا یک نامه بنویسید و به این آدرس ارسال کنید:

سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا  
**State Hearings Division**  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

حتماً نام، آدرس، شماره تلفن، تاریخ تولد و دلیل خود برای درخواست رسیدگی ایالتی را قید کنید. اگر فرد دیگری در ارائه درخواست رسیدگی ایالتی به شما کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن او را نیز در فرم یا نامه ذکر کنید. اگر به مترجم نیاز دارید، به ما اطلاع بدهید به چه زبانی صحبت می‌کنید. برای استفاده از مترجم هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. ما یک مترجم در اختیارتان قرار خواهیم داد.

حقوق شما بر اساس Medi-Cal - درخواست تجدید نظر

BHS شهرستان سن‌دیگو (طرح) بازبینی 03/15/18

## حقوق شما بر اساس Medi-Cal

اگر درخواست رسیدگی ایالتی کنید، ممکن است تصمیم‌گیری درباره پرونده شما و ارسال پاسخ تا 90 روز طول بکشد. اگر فکر می‌کنید انتظار برای این مدت به سلامت شما آسیب می‌زند، ممکن است بتوانید ظرف مدت 3 روز کاری پاسخ خود را دریافت کنید. می‌توانید از ارائه‌دهنده یا طرح درخواست کنید برای شما یک نامه بنویسند و یا خودتان یک نامه بنویسید. این نامه باید به شکل دقیق توضیح دهد که چطور انتظار شما برای مدت 90 روز تا زمان اعلام تصمیم نهایی می‌تواند به سلامت یا توانایی شما در به دست آوردن، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد، آسیب بزند. سپس، تقاضای "رسیدگی تسریع شده" کنید و نامه خود را به همراه درخواست رسیدگی ارسال نمایید.

### نماینده مجاز

شما خودتان می‌توانید در رسیدگی ایالتی صحبت کنید. یا شخص دیگری از قبیل خویشاوند، دوست، وکیل، ارائه‌دهنده یا دادستان می‌تواند از طرف شما صحبت کند. اگر می‌خواهید یک شخص دیگر از طرف شما صحبت کند، باید به دفتر رسیدگی ایالتی اطلاع بدهید که این شخص اجازه اظهار نظر به جای شما را دارد. به این شخص "نماینده مجاز" گفته می‌شود.

### راهنمایی حقوقی

ممکن است بتوانید راهنمایی حقوقی دریافت کنید. شما همچنین می‌توانید از طریق شماره 1-877-734-3258 با برنامه کمک حقوقی شهرستان خود تماس بگیرید.