

County ng San Diego
Medi-Cal Specialty Mental Health Services Program
PAUNAWA NG AKSYON
(Mga Pagkaantala sa Daing/Pagproseso ng Apela)

Petsa: _____

Para-kay: _____, Numero ng Medi-Cal _____

Bilang ang tinalagang ahensaya para sa San Diego County Mental Health Plan, _____
ay hindi pa naasikaso ang inyong

reklamo pakiusap mabilisang pag-aksyon sa inyong pakiusap.

Ayun sa aming talaan kayo ay humiling noong _____

Inyong hiniling na _____

Kami ay humihingi ng paumanhin sa pagkaantala ng inyong kahilingan, patuloy naming inaasikaso ito at kami ay umaasa na mabibigyan kayo ng desisyon sa lalong madaling panahon.

Kung ang iyong kahilingan ay ukol sa pagtangga o isang pagbabago sa serbisyong ukol sa pangkaisipang kalusugan na iyong natanggap mula sa mental health plan at hindi niyo na nais hintayin ang aming desisyon, maaari kayong humiling ng isang pagdinig ng estado upang isaalang-alang ang pagtangga o pagbabago. Maaari rin kayong humiling na isaalang-alang ang dahilan para sa pagkaantala.

Kung ang iyong kahilingan ay tungkol sa iba pang isyu, maaari kayong humiling ng isang pagdinig ng estado upang isaalang-alang ang mga dahilan para sa pagkaantala. Ang kabilang bahagi ng papel na ito ay nagpapaliwanag kung paano humiling ng isang pagdinig ng estado.

Ang paunawa na ito ay kinakailangan ayon sa Pamagat 42, Kodigo ng Federal Regulations, Part 438, Subpart F.