



## Derechos para una Audiencia – Título 22

### (Enmienda del Estado ADP- 7-1-97)

Todos los clientes tienen el derecho de tener una audiencia relacionada con una negación, una dada de alta involuntaria en el hospital, o una reducción en los servicios de abuso de sustancias en lo que se refieren a la elegibilidad o beneficios conforme a la Sección 50951.

Los Servicios de Alcohol y Drogas (ADS en inglés), proveedores contratados, y clínicas deberán avisarle a los clientes por escrito con diez (10) días naturales de anticipación antes de la fecha en que tomara efecto la acción prevista para terminar o reducir los servicios. La notificación por escrito deberá incluir:

1. Una declaración de acción por parte de ADS, proveedores contratados, o clínicas que tiene(n) previsto hacerlo.
2. Una cita de la(s) regulación(es) específica(s) que apoya la acción prevista.
3. La razón para tomar la acción prevista.
4. Una explicación de los derechos del cliente para una audiencia imparcial con el propósito de una apelación a la acción prevista.
5. Una explicación que el cliente puede requerir una audiencia imparcial mediante la presentación de una solicitud por escrito a:

California Department of Social Services  
 State Hearings Division  
 P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
 Sacramento, California 94244-2430  
 Teléfono: 1-800-952-5253  
 TDD (Para usuarios sordomudos): 1-800-952-8349  
 Fax: 1-916-651-5210 or 1-916-651-2789

6. Una explicación que ADS, los proveedores contratados, o las clínicas deberán de continuar con los servicios de tratamiento en espera de una decisión de la audiencia sólo si el cliente hace una apelación por escrito a DSS para una audiencia dentro de los siguientes diez (10) días naturales de que haya recibido por correo o en persona la notificación de la acción prevista.

TODAS LAS AUDIENCIAS DEBERAN SER CONDUCCIDAS EN ACUERDO CON LA SECCION 50953.

Yo, (Escriba el nombre del cliente) \_\_\_\_\_, he leído y entiendo mis derechos para una audiencia imparcial y me ha dado una copia del documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha