



医疗服务终止通知书

—关于治疗申请的不利福利裁定

Date

Beneficiary's Name

Treating Provider's Name

Address

Address

City, State Zip

City, State Zip

事宜:

目前，您正在接受 _____。自 _____ 起，
我方将不再批准该治疗服务。原因如下：

如果您认为本决定不合理，可以提出上诉。随附的《您的权利须知》详细说明了上诉方式，以及在上诉过程中可以寻求帮助的途径，包括免费的法律援助服务。我们鼓励您在上诉时提交任何有助于上诉的信息或文件。随附的《您的权利须知》总，还提供了申请上诉必须遵循的具体时间期限，请务必严格遵守。

您可以要求免费获取用于作出本决定的所有信息副本，包括我方作出本决定时所参照的指导方针、流程规范或评判标准的副本。如需获取，请致电 _____，联系 _____，或者 _____。

The DBH Access Unit at 1 (888) 743-1478

*Substance Use Disorder and Recovery Services (SUDRS) at 1 (800) 968-2636
24 hours a day, 7 days a week.*

如果您希望在我方处理您的上诉申请期间继续享有该服务，则须在本函发出之日起十（10）日内提出上诉，或在上述服务计划所规定的服务终止或减少日期之前提出上诉。

本通知不影响您其他的Medi-Cal服务权益。

如果您对本通知有任何疑问，*The Plan*可以为您提供帮助。如需帮助，您可以随时致电*DBH Access Unit*，电话为：*1 (888) 743-1478*，服务时间为每周7天、每天24小时。如果您有言语或听力障碍，请致电TTY/TTD *7-1-1*寻求帮助，服务时间为每周7天、每天24小时。

如果您需要*the Plan*文件的大字版、盲文版或电子版等其他替代格式，或者需要阅读材料帮助，请致电*the DBH Access Unit*，电话为：*1 (888) 743-1478*。

如果您不满意*the Plan*所提供的帮助，且（或）需要额外帮助，加州Medi-Cal管理式医疗督察员办公室（*State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office*）可为您解答疑问。您可在周一至周五上午8点至下午5点（太平洋标准时间），拨打1 (888) 452-8609，节假日除外。

授权人以正楷书写的姓名

授权人签名

附件：
 《您的权利须知》（不利福利裁定通知）
 语言援助宣传标语
 受益人非歧视声明

您的权利须知 (NOABD)

您享有的MEDI-CAL权利

如果您需要*the Plan*文件的大字版、盲文版或电子版等其他替代格式，或者需要阅读材料帮助，请致电*San Bernardino County Department of Behavioral Health* (DBH, 本文内简称*the Plan*)，电话为：1 (888) 743-1478。

如果您不同意针对心理健康或成瘾障碍治疗所做的决定，您可以提出上诉。上诉将提交至**YOUR PLAN**。

如何提出上诉

自收到《不利福利裁定》之日起，您有 **60 天**的时间提出上诉。如果您目前正在接受治疗且希望继续接受治疗，则须在本通知发出之日起**10日内**提出上诉，或在*your Plan*所规定的服务终止日期前提出上诉。提交上诉申请时，请务必表明您希望继续接受治疗的诉求。

您可以通过电话或书面形式提出上诉。如果您选择电话提出上诉，后续必须提交一份书面签字的上诉文件。*The Plan*会免费为您提供帮助。

- **电话上诉**：请拨打1 (888) 743-1478联系DBH Access Unit，服务时间为：每周7天、每天24小时。如果您有听力或言语障碍，请拨打**TTY/TTD: 7-1-1**，服务时间为每周7天、每天24小时。

- 书面上诉：请填写上诉表格或致信您的计划，并寄送至：

***San Bernardino County Department of
Behavioral Health Attn: Access Unit
303 E. Vanderbilt Way San
Bernardino, CA 92415***

您的医疗服务提供者备有上诉表格。*The DBH Access Unit*也可以为您寄送上诉表格。

您可以自行提出上诉，也可以委托他人代为办理，如亲属、朋友、辩护人、医疗服务提供者或律师。该人士被称作“授权代表”。您可提交任何您希望*the Plan*审查的信息。审查您上诉申请的工作人员，与最初做出裁定的人员不同。

*Your Plan*将在30天内给您答复。届时，您将收到一封《上诉裁决通知书》，告知您*the Plan*的裁决结果。如果您未在30日内收到包含*the Plan's*裁决结果的通知信，则您有权申请举行“州级听证会”，由法官审理您的案件。如需了解州级听证会申请方式，请阅读以下说明。

加急上诉

如果您认为等待30天会对您的健康造成伤害，亦有可能在72小时内得到答复。提出上诉时，请说明等待会如何损害您的健康，并务必注明申请“加急上诉”。

州级听证会

如果您已提出上诉且已收到《上诉裁决通知书》，通知书告知您*your Plan*仍决定不提供该服务，或者您未曾收到《上诉裁决通知书》且距离提交上诉申请已超过30天，则您有权申请举行“州级听证会”，届时将有法官来审核您的案件。您无需为州级听证会支付任何费用。

您必须在《上诉裁决通知书》发出之日起**120日**内申请举行州级听证会。在COVID-19公共卫生紧急状态期间，申请州级听证会的期限已**额外延长120天**。如果您在2020年3月1日后至COVID-19公共卫生紧急事件结束前收到《上诉裁决通知书》，则必须在该通知书发出之日起**240日**内申请举行州级听证会。您可以通过电话、电子方式或书面形式申请举行州级听证会：

- **电话申请**：请拨打**1 (800) 952-5253**。如果您有言语或听力障碍，请拨打**TTY/TDD 1 (800) 952-8349**。
- **电子方式申请**：您可在线申请州级听证会。请访问加利福尼亚州社会服务部网站，填写电子表格，网址为：<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- **书面申请**：请填写州级听证会申请表，或寄送信件至：

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

请务必注明您的姓名、地址、电话号码、出生日期以及您申请举行州级听证会的原因。如果是他人协助您申请举行州级听证会，请在申请表或信件中添加其姓名、地址和电话号码。如果您需要口译服务，请告知我方您所使用的语言。翻译服务免费提供。

提交州级听证会申请后，可能需要最多**90天**才能决定您的案件并发出答复。如果您认为等待时长有损您的健康，亦有可能在**3个工作日**内得到答复。您可以要求您的医疗服务提供者或**Plan**为您出具说明信，也可自行撰写，信中须详细说明等待多达**90天**的决定将对您的生命、健康或恢复功能能力造成的严重影响。然后，在提交听证会申请时，请注明申请“**加急听证**”并附上该信件。

授权代表

您可以亲自在州级听证会上发言，也可委托他人代为发言，如亲属、朋友、辩护人、医疗服务提供者或律师。如果您想委托他人代为发言，必须告知州级听证会办公室，您允许其代您发言。该人士被称作“授权代表”。

法律援助

您有机会获得免费的法律援助。您也可以致电所在县的当地法律援助计划，电话为：1 (888) 804-3536。



非歧视声明

歧视属于违法行为。*San Bernardino County Department of Behavioral Health*严格遵守加州及联邦民权法律。*San Bernardino County Department of Behavioral Health*绝不因性别、种族、肤色、宗教、祖籍、国籍、族群身份、年龄、精神残障、身体残障、健康状况、基因信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

*San Bernardino County Department of Behavioral Health*可提供：

- 为残障人士免费提供援助和服务，以助其更好地进行沟通，例如：
 - 合格的手语翻译
 - 以其他格式提供的书面信息（大字版、盲文版、音频或无障碍电子格式）
- 为母语非英语人士提供免费的语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 以其他语言书写的信息

如果需要上述服务，请随时拨打 1-888-743-1478，联系 *San Bernardino County Department of Behavioral Health*，服务时间为每周7天、每天24小时。如果您有听力或言语障碍，请拨打 TTY 711。根据要求，本文件可以提供盲文版、大字版、音频或无障碍电子格式。

如何提出投诉

如果您认为 *San Bernardino County Department of Behavioral Health* 未能提供上述服务，或在性别、种族、肤色、宗教、祖籍、国籍、族群身份、年龄、精神残障、身体残障、健康状况、基因信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向等方面存在其他形式的非法歧视行为，您可根据ACA第1557条规定，向民权协调员提出投诉。您可通过电话、书面、当面或电子方式提出投诉：

- 电话投诉：请在周一至周五上午7:30至下午5:00之间，致电 *the ACA 1557 Compliance Coordinator*，电话为：1-909-252-5150。如果您有听力或言语障碍，请拨打 TTY 711。
- 书面投诉：请填写投诉表格或写信至：

*DBH Office of Equity and Inclusion Attn:
ACA 1557 Compliance Coordinator 303 E.
Vanderbilt Way
San Bernardino, CA 92415 Email:
[ACA 1557@dbh.sbcounty.gov](mailto:ACA1557@dbh.sbcounty.gov)*

- 当面投诉：请前往您的医生办公室或 *San Bernardino County Department of Behavioral Health*，表明要提出投诉。

- 电子方式投诉：访问*the San Bernardino County Department of Behavioral Health's*网站，网址为：<https://wp.sbcounty.gov/dbhlconsumerforms/>

民权办公室——加利福尼亚州卫生保健服务部（CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES）

您可以通过电话、书面或电子方式向加利福尼亚州卫生保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 电话投诉：请拨打**916-440-7370**。如果您有言语或听力障碍，请拨打**711**（加利福尼亚州中继服务电话）。
- 书面投诉：请填写投诉表格或写信至：
**Department of Health Care Services Office of
Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**
- 投诉表格可在以下网址获取：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 电子方式投诉：请发送电子邮件至：CivilRights@dhcs.ca.gov。

民权办公室——美国卫生与公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残障或性别等受到了歧视，您可以通过电话、书面或电子方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

- 电话投诉：请拨打**1-800-368-1019**。如果您有言语或听力障碍，请拨打**TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- 书面投诉：请填写投诉表格或写信至：
**U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**
- 投诉表格可在以下网址获取：
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- 电子方式投诉：请访问民权投诉办公室门户网站，网址为：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-743-1478 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرج الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-743-1478 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبي اتصل بـ 1-888-743-1478 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Ձանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទ សំដៅភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក រួម ការជំនួយ ភាសា រ សំអ្នក សូម ទូរស័ព្ទ ១៥១ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង បសវនកម្ម ជំនួយ ផ្លូវការ ដូចជា ឯកសារ សរសេរ ជា អ្នក សរសេរ ផ្លូវការ ជំនួយ ផ្លូវការ ក្នុង កិច្ចការ របស់ អ្នក រ ក៏ អាច រក បាន ផង ក្នុង ទូរស័ព្ទ ១៥១ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ បសវនកម្ម ឯបន្ត: មិន គិត ថ្លៃ ឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。另外还提供针对残障人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-888-743-1478 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخهای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-888-743-1478 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

ह िंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों को ललए सहायता और सेवाएँ, जैसे ब्रेल और बडे लरॉट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ लन: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຫກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃບທາດປີ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ອະໄວຍະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕຜິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃບທາດປີ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-743-1478 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-743-1478 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਧਿੱਚ ਮਿਠਿ ਿੰੀ ਲੇੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੇਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸ਼ੇ ਾ ਾ ਾ ਾ ਯਜ ਂ ਧਕ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਧਿੱਚ ਿਸਤਾ ੇਜ਼ ੀ ਉਪਲਬਧਿ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇ ਾ ਾ ਾ ਾ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия ТТТ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия ТТТ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.