

نموذج لطلب جلسة استماع من الولاية بشأن الامتناع عن تقديم رعاية الأسنان المدارة

يمكنك طلب جلسة استماع من الولاية هاتفياً: 1-800-743-8525. لمستخدمي الهاتف النصي، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

يمكنك أيضاً طلب جلسة استماع بالطرق التالية:

- يمكنك طلب جلسة استماع عبر الإنترنت من خلال الرابط WWW.DSS.CA.GOV
- يمكنك ملء هذا النموذج وإرساله بالفاكس إلى قسم جلسات استماع الولاية على الرقم 916-309-3487
- يمكنك ملء هذا النموذج وإرساله بالبريد الإلكتروني إلى العنوان SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV
- يمكنك أيضاً إرسال هذا الطلب لجلسة استماع الولاية عبر البريد من خلال العنوان التالي:

إدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية (California Department of Social Services)
قسم جلسات الاستماع من الولاية (State Hearings Division)
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
ساكرامنتو، كاليفورنيا 94244-2430

للحصول على مساعدة مجانية لتعبئة هذا النموذج، اتصل برقم هاتف المساعدة القانونية المدرج في إشعار "حقوقك" المرفق

لا أوافق على القرار بشأن رعاية أسناني. أذكر العلاج أو الدواء أو المعدات أو الخدمة التي طلبها الطبيب. لا أوافق لأن:

(إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر، فاستخدم ورقة أخرى وأرفقها بهذه الورقة).

**يرجى تقديم هذه المعلومات عن المستفيد
(هذا هو الشخص الذي تم رفض المزاي الطبية له)**

الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____

العنوان (حيث يمكنك الحصول على البريد): _____

رقم الهاتف: _____

هل لدينا إذن منك للتواصل معك عبر البريد الإلكتروني؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو عنوان بريدك الإلكتروني: _____

يرجى تقديم رقم بطاقة Medi-Cal BIC و/أو رقم الضمان الاجتماعي إذا كان متوفراً لديك

هل لديك (رسوم مقابل الخدمة) أو رعاية مدارة من برنامج Medi-Cal؟

إذا كان لديك رعاية مدارة، فما اسم خطة التأمين الصحي الخاصة بك: _____

يرجى الإجابة عن كل سؤال ينطبق على المستفيد من الخدمة

طلب طبيب أسناني هذه الميزة الصحية في هذا التاريخ: _____

رفضت Dental Plan هذه الميزة الصحية في هذا التاريخ: _____

لقد قدمت التماس بخصوص القضية إلى Dental Plan: نعم [] وفي أي تاريخ _____؟ لا []

قدمت Dental Plan الإجابة على الالتماس: نعم [] وفي أي تاريخ _____؟ لا []

هل طلبت من Dental Plan الحصول على التماس عاجل (72 ساعة)؟ نعم [] لا []

هل اتخذ التأمين الصحي قرارًا بالالتماس خلال 72 ساعة؟ [] نعم [] لا

أحتاج إلى هذه الأشياء من أجل جلسة الاستماع الخاصة بي (حدد المربعات التي تنطبق عليك):

أحتاج إلى جلسة استماع عاجلة لأن وضعي عاجل. يجب البت في حالتي بسرعة كبيرة ولا يمكنني الانتظار لمدة تصل إلى 90 يومًا. هذا هو ما سيحدث بدون قرار سريع:

أشرح لماذا لا يمكنك الانتظار حتى 90 يومًا. إذا لم تقدم شرحاً، لن يتم تعجيل قضيتك وسيتم تحديد موعدها في التقويم العادي. يمكنك إرسال خطاب من طبيبك أو تأمينك الصحي لإظهار سبب عدم قدرتك على الانتظار.

الخدمات المستمرة / التمديد المدفوع للدعم: من فضلك أكمل علاجي حتى يقرر القاضي قضيتي. (صف العلاج الذي تريد مواصلته واذكر التاريخ الذي أوقفته الخطة أو تخطط لإيقافه):

أريد خدمات مترجم فوري مجانية. إن لغتي أو لهجتي هي:

لدي إعاقة وأريد تجهيزات ملائمة لمساعدتي على المشاركة في جلسة الاستماع. التجهيزات الملائمة التي أريدها هي:

أريد شخصاً آخر يتحدث نيابة عني (يمثلني) في جلسة الاستماع. يمكنه/يمكنها رؤية سجلات أسناني المتعلقة بجلسة الاستماع هذه والحضور إلى جلسة الاستماع. الشخص الذي اخترته للتحدث نيابة عني هو:

الاسم: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

توقيعي: _____ تاريخ اليوم: _____

أرسل هذا النموذج مع نسخة من الخطاب (إشعار قرار الالتماس) الذي تلقيتَه من خطتك إذا كان لديك. (إذا كنت تريد نسخة من هذا النموذج لنفسك، فقم بنسخه قبل إرساله.)

المعلومات الشخصية والطبية المجمعة في هذا النموذج ومعه سرية وتخضع إلى إشعار ممارسات خصوصية إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) والتي يمكن العثور عليها من هنا:

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. تحتاج دائرة جلسات الاستماع بإدارة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا (CDSS) للمعلومات من أجل معالجة

الالتماس الخاص بك ولا يجوز لها مشاركتها مع الهيئات أو المتعاقدين الآخرين الذين يساعدون في العملية. لن تستخدم أو تشارك إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) وإدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية (CDSS) المعلومات لأي أغراض أخرى إلا بعد الحصول على أذنك أو على النحو الذي يسمح به القانون. يجب عليك تقديم كل المعلومات المطلوبة في هذا النموذج وتقديم المستندات الداعمة. في حال لم تقدم كل المعلومات المطلوبة، لن تتمكن من تحديد جلسة استماع أو نستعرض الامتناع. في معظم الحالات، يحق للفرد (الأفراد) التي تتعلق بهم هذه المعلومات الوصول إليها.

إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) وإدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية (CDSS) مفوضتان لجمع هذه المعلومات إعمالاً بقانون الرفاه والمؤسسات قسم رقم 10950 والمواد التي تليه، وقانون لوائح ولاية كاليفورنيا، القانون رقم 22، القسم رقم 50951 والمواد التي تليه. إشعار الخصوصية المقدم هنا مطلوب بموجب القانون المدني بولاية كاليفورنيا رقم 1798.17.