

Կալիֆորնիա նահանգ՝ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների գործակալություն
Առողջապահական ծառայությունների բաժին
**ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ՝ ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ՄԵՐԺՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՈՎ ԼԱՅԱՆԳԱՅԻՆ
ԼՍՈՒՄ ԽՆԴՐԵԼՈՒ ԶԱՄԱՐ**

Կարող եք Նահանգային լսում խնդրել՝ զանգահարելով՝ **1-800-743-8525: TTD**
օգտատերերը, զանգահարելով՝ **1-800-952-8349**.

Դուք կարող եք նաև լսում խնդրել հետևյալ եղանակներով՝

- Կարող եք լսում խնդրել առցանց՝ WWW.CDSS.CA.GOV հղմամբ:
- Կարող եք լրացնել այս ձևը և **ՖԱՔՍՈՎ** ուղարկել այն Նահանգային լսումների բաժին՝ **916-309-3487**
- Կարող եք լրացնել այս ձևը և **ԷԼ.ՆԱՄԱԿՈՎ** ուղարկել այն **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- Դուք կարող եք նաև **ՓՈՍՏՈՎ ՈՒՂԱՐԿԵԼ** Նահանգային լսման այս խնդրանքը **հետևյալ հասցեով՝**

Կալիֆորնիայի Սոցիալական ծառայությունների վարչության
Նահանգային լսումների բաժին
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

**Այս ձևը լրացնելու հարցում անվճար օգնության համար զանգահարեք
իրավաբանական օգնության հեռախոսահամարով, որը նշված է կցվող «Ձեր
իրավունքները» ծանուցման մեջ**

Ես համաձայն չեմ իմ ատամնաբուժական խնամքի վերաբերյալ որոշման հետ: **Նշեք
բուժումը, դեղը, սարքը կամ ծառայությունը, որը խնդրել է բժիշկը: Ես համաձայն
չեմ, քանզի՝**

(Եթե Ձեզ ավելի շատ տարածք է հարկավոր, օգտագործեք մեկ այլ թուղթ և կցեք այն
վերջինիս:)

**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ ՆՊԱՏՃԱՌՈՒԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԱՅՍ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
(Դա այն անձն է, ում բժշկական նպաստները մերժվել են)**

ԱՆՈՒՆ՝ _____
ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____
ԶԱՄՅԵ (Որտեղ կարող եք նամակ ստանալ)՝ _____
ՀԵՌԱԽՈՍԱԶԱՄԱՐ՝ _____

Կարո՞ղ եմք Ձեզ հետ կապ հաստատել էլ.փոստի միջոցով: ԱՅՈ ՈՉ
Եթե Այո, ո՞րն է Ձեր **ԷԼ.ԶԱՄՅԵՆ՝** _____

Կալիֆորնիա Նահանգ՝ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների գործակալություն
Առողջապահական ծառայությունների բաժին
Խնդրում ենք տրամադրել Ձեր **Medi-Cal BIC քարտի համարը և/կամ Սոցիալական
ապահովության համարը**, եթե այն ունեք _____
Դուք ունե՞ք արդյոք Straight Medi-Cal (**Վճար ծառայության դիմաց**), թե՞ **Managed Care** __

Եթե **Managed Care**, ո՞րն է **Ձեր ԱՌՈՂՋԱՊԱՅԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԻ** անվանումը՝ _____

**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՆՊԱՏԱՌՈՒԻՆ ՎԵՐԱԲԵՐՈՂ ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ
ՀԱՐՑԻ**

Իմ Ատամնաբույժը ինդրել է այս առողջական նպաստը սույն ամսաթվին՝ _____

Ատամնաբուժական ծրագիրը մերժեց այս առողջապահական նպաստը սույն ամսաթվին՝ _____

Ես բողոքարկման հայց եմ ներկայացրել իմ ատամնաբուժական պլանի դեմ այս գործով՝
ԱՅՈ [] Ո՞ր ամսաթվին: _____ ՈՉ []

Ատամնաբուժական պլանը պատասխանել է իմ բողոքին՝
ԱՅՈ [] Ո՞ր ամսաթվին: _____ ՈՉ []

Դուք ինդրե՞լ եք ատամնաբուժական պլանին դիտարկել արագացված (72 ժամ)
բողոքարկում: ԱՅՈ [] ՈՉ []

Արդյո՞ք Ատամնաբուժական ծրագիրը վճռել է բողոքարկումը 72 ժամվա ընթացքում:
[] ԱՅՈ [] ՈՉ

**ԻՆՁ ՍԱ ՀԱՐԿԱՎՈՐ Է ԻՄ ԼՍՄԱՆ ՀԱՄԱՐ (Նշեք այս Վանդակները, եթե դրանք Ձեզ
վերաբերում են).**

**Ինձ Արագացված լսում է հարկավոր, քանզի իմ վիճակը հրատապ լուծում
է պահանջում:** Իմ գործի վերաբերյալ պետք է շատ արագ որոշում կայացվի, և
ես չեմ կարող մինչև 90 օր սպասել: Ահա թե ինչ տեղի կունենա առանց արագ
որոշման՝

ԲԱՑԱՏՐԵՔ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ ՉԵՔ ԿԱՐՈՂ ՍՊԱՍԵԼ ՄԻՆՉԵՎ 90 ՕՐ: **Եթե դուք
չբացատրեք, ձեր գործի լսումը չի արագացվի և կնշանակվի** ըստ
սովորական ժամանակացույցի: Դուք կարող եք Ձեր բժշկից կամ ծրագրից
նամակ ներկայացնել՝ ցույց տալու համար, թե ինչու չեք կարող սպասել:

**Շարունակական ծառայություններ / Ուսումնասիրման մեջ գտնվող
վճարված աջակցություն. Խնդրում եմ շարունակել իմ բուժումը** մինչև
դատավորը կորոշի իմ գործը: (Նկարագրեք այն բուժումը, որը ցանկանում եք, որ
շարունակվի և տեղեկացնեք, թե որ ամսաթվին է ծրագիրը դադարեցրել այն
կամ պատրաստվում է դադարեցնել այն).

Ինձ անվճար բանավոր թարգմանիչ է հարկավոր: Իմ լեզուն կամ բարբառն է՝

Ես հաշմանդամություն ունեմ, և ինձ ողջամիտ հարմարություններ են անհրաժեշտ՝ օգնելու ինձ մասնակցել իմ լսմանը: Ահա թե ինչ հարմարություն(ներ) եմ ցանկանում _____

Ես գանկանում եմ, որ ինչ-որ մեկը խոսի իմ անունից (ներկայացնի ինձ) լսման ընթացքում: Արդյոք նա կարող է տեսնել իմ ատամնաբուժական գրառումները, որոնք վերաբերում են այս լսմանը և գալ նիստին: Ահա այն անձը, ում ես ընտրել եմ ինձ ներկայացնելու համար՝

Անուն՝ _____ Հեռախոսահամար՝ _____

Հասցե _____

Իմ ստորագրությունը՝ _____ Այսօրվա ամսաթիվը՝ _____

ԱՅՍ ԶԵՎՆ ՈՒՂԱՐԿԵՔ՝ ԶԵՐ ԾՐԱԳՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՈՒՂԱՐԿՎԱԾ ՆԱՄԱԿԻ (ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ԼՈՒԾՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ) ՊԱՏՃԵՆԻ ՀԵՏ ՄԻԱՍԻՆ, ԵԹԵ ԱՅՆ ՈՒՆԵՔ: (Եթե դուք զեր ՀԱՄԱՐ ՑԱՆԿԱՆՈՒՄ ԵՔ ԱՅՍ ԶԵՎԻ ՊԱՏՃԵՆԸ, ՊԱՏՃԵՆԵՔ ԱՅՆ ՆԱԽՔԱՆ ՈՒՂԱՐԿԵԼԸ:)

Այս ձևի վրա և դրա հետ հավաքված անձնական և բժշկական տեղեկատվությունը գաղտնի է, որը ենթակա է Առողջապահական ինսամքի ծառայությունների վարչության (DHCS) Գաղտնիության գործելակերպի մասին ծանուցմանը, որը կարելի է գտնել հետևյալ հղմամբ՝ <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>: Սոցիալական ծառայությունների դեպարտամենտի (CDSS) Նահանգային լուսնների բաժնին անհրաժեշտ է այս տեղեկատվությունը՝ ձեր բողոքարկումը մշակելու համար և կարող է այն փոխանցել այլ գործակալությունների կամ կապալառուների հետ, ովքեր աջակցում են այդ գործընթացին: DHCS-ը և CDSS-ը չեն օգտագործի կամ տարածեն տեղեկատվությունը այլ նպատակներով, բացառությամբ ձեր թույլտվության կամ օրենքով թույլատրված դեպքերում: Դուք պետք է տրամադրեք այս ձևաթղթում պահանջվող բոլոր տեղեկությունները և տրամադրեք օժանդակ փաստաթղթերը: Եթե դուք չեք տրամադրում պահանջվող ողջ տեղեկատվությունը, մենք չենք կարող լուսններ կազմակերպել կամ վերանայել մերժումը: Շատ դեպքերում այն անհատը(ներ)ը, ում վերաբերվում է այս տեղեկատվությունը, իրավունք ունի մուտք գործել այն:

DHCS-ը և CDSS-ն իրավասու են հավաքել այս տեղեկատվությունը՝ համաձայն Բարեկեցության և հաստատությունների օրենսգրքի 10950 և հաջորդող հոդվածների և Կալիֆորնիայի կանոնակարգերի օրենսգրքը, վերնագիր 22, բաժին 50951 և հաջորդ հոդվածների: Այստեղ ներկայացված գաղտնիության մասին ծանուցումը պահանջվում է Կալիֆորնիայի Քաղաքացիական օրենսգրքով 1798.կետ 17: