

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ НА УРОВНЕ ШТАТА ПО ДЕЛУ ОБ ОТКАЗЕ
В УПРАВЛЯЕМОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ**

Запросы о проведении слушания на уровне штата принимаются по телефону 1-800-743-8525. Линия ТТД: 1-800-952-8349.

Заявление также можно подать одним из следующих способов:

- ОНЛАЙН на портале WWW.CDSS.CA.GOV
- **ПО ФАКСУ**, отправив заполненный бланк в отдел слушаний на номер 916-309-3487.
- **ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ**, отправив заполненный бланк по адресу **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**.
- **ПО ПОЧТЕ**, отправив заполненный бланк по адресу:

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

Если вам нужна помощь в заполнении заявления, позвоните в юридическую консультацию по телефону, указанному в прилагаемом уведомлении «Ваши права». Услуга предоставляется бесплатно.

Меня не устраивает решение, принятое в отношении моего стоматологического лечения. Укажите, какое лечение, препарат, оборудование или услугу предложил врач. Причины моего несогласия:

(Если нужно больше места, продолжите на другом листе и прикрепите его к заявлению).

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ ЛЬГОТ

(лицо, которому отказано в предоставлении страховых льгот)

ПОЛНОЕ ИМЯ: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: _____

ТЕЛЕФОН: _____

Вам можно писать по электронной почте? [] ДА [] НЕТ

Если да, укажите **АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:** _____

Укажите номер карты ВИС программы Medi-Cal и (или) номер социального обеспечения (если известен) _____

Тип страховки: стандартная Medi-Cal (оплата услуг по факту) или управляемое

медицинское обслуживание? _____

Если **управляемое медицинское обслуживание**, укажите **название ПЛАНА**

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: _____

ОТВЕТЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К ПОЛУЧАТЕЛЮ ЛЬГОТ

Дата запроса о страховом покрытии данной процедуры: _____

Дата отказа в страховом покрытии данной процедуры: _____

Я подавал(-а) апелляцию в план стоматологического обслуживания:

ДА [] **Какого числа?** _____ НЕТ []

План стоматологического обслуживания ответил на апелляцию:

ДА [] **Какого числа?** _____ НЕТ []

Была ли апелляция срочной (решение за 72 ч)? ДА [] НЕТ []

План дал решение по апелляции в течение 72 ч? [] ДА [] НЕТ

НА СЛУШАНИИ МНЕ ПОТРЕБУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ (отметьте нужное):

- Слушание должно быть срочным, поскольку моя ситуация безотлагательна.** Мое дело необходимо рассмотреть в кратчайшие сроки, я не могу ждать до 90 дней. В противном случае произойдет следующее:

ПОЯСНИТЕ, ПОЧЕМУ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ЖДАТЬ ДО 90 ДНЕЙ. Без пояснения ваше дело будет рассматриваться в обычном порядке. В качестве пояснения можно предъявить справку, полученную у врача или в плане.

- Непрерывность оказания услуг / оплата услуг в ожидании решения.** Прошу не прекращать лечения до тех пор, пока судья не вынесет решение. (Опишите, какое именно лечение не следует прекращать, и **укажите дату, в которую план остановил или планирует остановить его**):

- Мне нужны бесплатные услуги устного перевода.** Мой язык или диалект: _____

- У меня инвалидность, и для участия в слушании мне потребуются особые условия и технические средства реабилитации,** а именно: _____

Я хочу доверить другому лицу представлять мои интересы в ходе слушания. У этого человека есть право доступа к моей стоматологической документации, имеющей отношение к слушанию, и право присутствия на слушании. Мое доверенное лицо:

Полное имя: _____ Телефон: _____

Адрес: _____

Моя подпись: _____ Дата: _____

ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ ПРИЛОЖИТЕ К ЭТОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ КОПИЮ ПИСЬМА (УВЕДОМЛЕНИЯ О РЕШЕНИИ ПО АПЕЛЛЯЦИИ), КОТОРОЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ОТ ПЛАНА, ЕСЛИ ОНО ЕСТЬ. (ЕСЛИ ВАМ НУЖЕН СОБСТВЕННЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР ЗАЯВЛЕНИЯ, ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ СДЕЛАЙТЕ КОПИЮ ДЛЯ СЕБЯ.)

Указанная в этом заявлении личная и медицинская информация является конфиденциальной. На нее распространяется действие Уведомления о соблюдении конфиденциальности Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS), с которым можно ознакомиться по следующей ссылке: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. Данная информация необходима отделу слушаний Департамента социального обеспечения (Department of Social Services, CDSS) для проведения работы по вашей апелляции. Отдел может передавать эту информацию другим агентствам или подрядчикам, которые участвуют в данной работе. DHCS и CDSS будут использовать или передавать данную информацию в других целях только с вашего разрешения или в случаях, предусмотренных законом. Вы обязаны указать в заявлении всю необходимую информацию и предоставить подтверждающую документацию. Если вы не предоставите всю необходимую информацию, мы не сможем назначить дату слушания или пересмотреть решение об отказе. В большинстве случаев лица, к которым относится данная информация, вправе с ней ознакомиться.

DHCS и CDSS уполномочены собирать эту информацию в соответствии с разделом 10950 и последующими разделами свода законов об учреждениях и услугах социального обеспечения (Welfare and Institutions Code) и разделом 50951 титула 22 свода нормативно-правовых актов штата Калифорния (California Code of Regulations). Настоящее уведомление о конфиденциальности приведено во исполнение требований раздела 1798.17 Гражданского кодекса штата Калифорния.