

اگر به این اعلامیه و/یا سایر اسناد شهرستان در قالب ارتباطی جایگزین مانند اندازه قلم بزرگ، بریل یا قالب الکترونیکی نیاز دارید، یا اگر برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید، لطفاً با «خط دسترسی و بحران» (ACL) از طریق شماره تلفن 1-888-724-7240 تماس بگیرید.

اگر با تصمیم اتخاذ شده برای درمان اختلال سلامت روان یا سوء مصرف مواد خود موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. این درخواست تجدیدنظر نزد شهرستان شما ثبت می‌شود.

چگونگی ثبت درخواست تجدیدنظر

شما از تاریخ این نامه «اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب» **60 روز** فرصت دارید تا درخواست تجدیدنظر خود را ثبت کنید. اگر شهرستان شما تصمیم بگیرد درمانی را که قبلاً دریافت می‌کردید کاهش دهد، به حالت تعلیق درآورد یا قطع کند، شما حق دارید درخواست کنید که شهرستان حین بررسی درخواست تجدیدنظر شما، به ارائه آن درمان ادامه دهد. به این حالت، «کمک پرداختی در حال تعلیق» می‌گویند. جهت واجد شرایط بودن برای دریافت «کمک‌های پرداختی در حال تعلیق»، باید ظرف 10 روز از تاریخ ذکر شده در این نامه، یا قبل از تاریخی که شهرستان شما اعلام کرده است خدمات متوقف می‌شود، هر کدام که دیرتر باشد، از شهرستان خود درخواست تجدیدنظر کنید. اگرچه شهرستان شما باید هنگام درخواست تجدیدنظر در بازه‌های زمانی فوق، «کمک‌های پرداختی در حال بررسی» را به شما ارائه دهد، اما باید هنگام درخواست تجدیدنظر به شهرستان خود اطلاع دهید که می‌خواهید تا زمان تصمیم‌گیری درمورد تجدیدنظر، «کمک‌های پرداختی در حال تعلیق» را دریافت کنید. اگر تصمیم تجدیدنظر، نظر منفی شهرستان درمورد مزایای درمانی را تأیید کند، شما مسئول هزینه‌های ادامه درمان نخواهید بود.

اگر دوره 10 روزه درخواست تجدیدنظر را از دست بدهید یا قبل از تاریخی که شهرستان شما اعلام کرده است که خدمات متوقف خواهد شد، درخواست تجدیدنظر نکنید، هنوز 60 روز از تاریخ این نامه «اعلامیه تعیین مزایای نامطلوب» برای درخواست تجدیدنظر فرصت دارید. با این حال، هنگامی که درباره درخواست تجدیدنظر شما تصمیم‌گیری می‌شود، «کمک‌های پرداختی در حال تعلیق» را دریافت نمی‌کنید.

شما باید این حق را داشته باشید که تجدیدنظران را به صورت شفاهی یا کتبی ثبت کنید. اگر درخواست تجدیدنظری را از طریق تلفن ثبت کنید، باید پس از آن یک درخواست تجدیدنظر کتبی امضا شده ارسال کنید. در صورت نیاز به کمک، شهرستان به صورت رایگان به شما کمک می‌کند.

درخواست تجدیدنظر از طریق تلفن:

- برای دریافت کمک در خصوص ثبت درخواست تجدیدنظر مرتبط با خدمات بستری یا خدمات اقامتی، می‌توانید با «برنامه حمایت از بیماران» (Patient's Advocacy Program) در «خدمات خانواده‌های یهودی» (Jewish Family Service, JFS) از طریق شماره تلفن تماس بگیرید. 619-282-1134 or 1-800-4792233.

- برای دریافت کمک در خصوص ثبت درخواست تجدیدنظر مربوط به خدمات سرپایی، می‌توانید با «مرکز آموزش و پشتیبانی بهداشتی گیرندگان» (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCEA) از طریق شماره تلفن (877) 734-3258

(TTY 1-800-735-2929). به صورت رایگان تماس بگیرید.

- یا، اگر دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری هستید، لطفاً با شماره تلفن 711 تماس بگیرید.
- درخواست تجدیدنظر کتبی: فرم تجدیدنظر مربوطه را پر کنید یا نامه‌ای به شهرستان خود بنویسید و به نشانی زیر ارسال کنید:

- برای شکایت‌های مربوط به خدمات بستری یا اقامتی:

Jewish Family Service of San Diego (JFS)
Joan & Irwin Jacobs Campus
Turk Family Center Community Services Building
8804 Balboa Avenue
San Diego, CA 92123

- برای شکایت‌های مربوط به خدمات سرپایی:

Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCEA)
1764 San Diego Avenue, Suite 100
San Diego, CA 92110

ارائه‌دهنده شما فرم‌های تجدیدنظر را موجود دارد. یکی از سازمان‌های بالا نیز می‌تواند فرمی را برای شما ارسال کند.

می‌توانید خودتان درخواست تجدینظری را ثبت کنید. یا، می‌توانید از اقوام، دوست، مدافع، ارائه‌دهنده یا وکیل خود بخواهید برای شما درخواست تجدینظر دهد. به این شخص «نماینده مجاز» گفته می‌شود. می‌توانید هرگونه اطلاعاتی را که می‌خواهید شهرستانتان بازبینی کند ارسال کنید. درخواست تجدینظر شما توسط ارائه‌دهنده دیگری به‌جز کسی که اولین تصمیم را گرفت بازبینی می‌شود.

شهرستان شما ظرف 30 روز به شما پاسخ می‌دهد. در آن زمان، «اعلامیه حل‌وفصل تجدینظر» (Notice of Appeal Resolution) دریافت خواهید کرد. این نامه درباره تصمیم شهرستان به شما خواهد گفت. اگر ظرف 30 روز نامه‌ای از تصمیم شهرستان خود دریافت نکردید، می‌توانید برای «دادرسی ایالتی» درخواست دهید و یک قاضی پرونده شما را بازبینی می‌کند. لطفاً بخش زیر را بخوانید تا از دستورالعمل‌های نحوه درخواست برای دادرسی ایالتی آگاه شوید.

درخواست‌های تجدینظر سریع

اگر انتظار به‌مدت 30 روز به سلامتی شما آسیب می‌زند، ممکن است بتوانید ظرف 72 ساعت پاسخ دریافت کنید. هنگام ثبت درخواست تجدینظر بگویید که چرا انتظار کشیدن به سلامت شما آسیب می‌زند. حتماً درخواست «تجدینظر سریع» بدهید.

دادرسی ایالتی

اگر درخواست تجدینظر داده‌اید و نامه‌ای با عنوان «اعلامیه حل‌وفصل درخواست تجدینظر» دریافت کرده‌اید که به شما می‌گوید شهرستان شما همچنان خدمات را ارائه نخواهد داد، یا اگر هرگز نامه‌ای مبنی بر اطلاع از تصمیم دریافت نکرده‌اید و 30 روز از آن گذشته است، می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» دهید و قاضی پرونده شما را بررسی خواهد کرد. نیازی به پرداخت برای دادرسی ایالتی نیست.

باید ظرف **120 روز** از تاریخ نامه «اعلامیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر» درخواست جلسه دادرسی ایالتی دهید. اگر شهرستان شما در طول فرایند تجدیدنظرخواهی خود، همچنان به ارائه درمان مورد اختلاف به شما ادامه داد، شما حق دارید درخواست کنید که شهرستان تا زمان تصمیم‌گیری در جلسه دادرسی ایالتی، به ارائه آن درمان ادامه دهد. اگر **در حال حاضر تحت درمان هستید و می‌خواهید حین بررسی درخواست دادرسی ایالتی خود، به درمان خود ادامه دهید، باید ظرف 10 روز** از تاریخ مهر ابطال یا تحویل «اعلامیه حل و فصل تجدیدنظر» به شما، درخواست دادرسی ایالتی دهید. وقتی درخواست دادرسی ایالتی می‌کنید، باید بگویید که می‌خواهید به درمان خود ادامه دهید. اگر تصمیم جلسه دادرسی ایالتی، نظر شهرستان در مورد تعیین مزایای نامطلوب را تأیید کند، شما مسئول هزینه‌های ادامه درمان نخواهید بود. نیازی به پرداخت برای دادرسی ایالتی نیست.

می‌توانید از طریق تلفن، آنلاین یا کتبی درخواست دادرسی ایالتی کنید: g

- به صورت تلفنی: با شماره **1-800-952-5253**. تماس بگیرید. اگر دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری هستید، لطفاً با شماره تلفن تماس بگیرید.
TTY/TDD 1-800-952-8349.

- به صورت آنلاین: می‌توانید به صورت آنلاین درخواست جلسه دادرسی ایالتی دهید. لطفاً به وبسایت «خدمات اجتماعی بخش کالیفرنیا» برای تکمیل فرم الکترونیکی مراجعه کنید:
<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>

- به صورت کتبی: فرم جلسه دادرسی ایالتی را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و به نشانی زیر ارسال کنید:

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

حتماً نام، نشانی، شماره تلفن، تاریخ تولد و دلیل درخواست جلسه دادرسی ایالتی خود را ذکر کنید. اگر کسی به شما در درخواست جلسه دادرسی ایالتی کمک می‌کند، نام، نشانی و شماره تلفن او را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، بگویید به چه زبانی صحبت می‌کنید. نیازی به پرداخت پول برای مترجم نیست. ما یکی برای شما استخدام می‌کنیم.

پس از درخواست دادرسی ایالتی، تصمیم‌گیری در مورد پرونده شما و ارسال پاسخ به شما ممکن است 90 روز طول بکشد. اگر انتظار برای مدت زمان طولانی به‌ویژه به سلامت شما آسیب می‌زند، شما می‌توانید درخواست دریافت پاسخ در کمتر از سه (3) روز کاری را ارائه دهید. می‌توانید از ارائه‌دهنده یا شهرستانتان بخواهید نامه‌ای برای شما بنویسند یا خودتان نامه بنویسید. نامه باید با جزئیات توضیح دهد که چگونه انتظار تا 90 روز برای تصمیم‌گیری پرونده شما به زندگی، سلامتی یا توانایی شما برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد آسیب جدی وارد می‌کند. سپس، درخواست برگزاری «دادرسی سریع» را مطرح کنید و نامه‌ای را که شامل درخواستتان برای برگزاری چنین جلسه‌ای است، ارائه دهید.

نماینده مجاز

می‌توانید خودتان در جلسه دادرسی ایالتی صحبت کنید. یا کسی مانند یکی از اقوام، دوستان، مدافع، ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا وکیل می‌تواند از طرف شما صحبت کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری از طرف شما صحبت کند، باید به دفتر دادرسی ایالتی اطلاع دهید که آن شخص مجاز به صحبت از طرف شما است. به این شخص «نماینده مجاز» گفته می‌شود.

کمک حقوقی

می‌توانید کمک حقوقی رایگان دریافت کنید. همچنین می‌توانید با برنامه «کمک حقوقی محلی» در شهرستان خود به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.