

## روش‌های رسیدگی به نگرانی‌ها

اگر نگرانی‌ای دارید، یکی از سریع‌ترین راه‌ها برای رفع مسائل این است که مستقیماً با ارائه‌دهنده خدمات یا مدیر برنامه خود صحبت کنید.

اگر با روش درمانی یا داروی خود موافق نیستید، می‌توانید از یک درمانگر دیگر در برنامه درمانی خود درخواست نظر ثانویه کنید یا با شماره **Access & Crisis Line** **1-888-724-7240 (TTY: 711)** تماس بگیرید. دریافت نظر ثانویه هیچ هزینه‌ای برای شما ندارد.

خدمات سلامت رفتاری کانتی سن‌دیگو (County of San Diego Behavioral Health Services) (طرح بیمه درمانی) با دو سازمان قرارداد منعقد کرده است تا به اعضا در حل مسائل مربوط به خدمات سلامت رفتاری خود کمک کنند. برای دریافت کمک در زمینه ثبت شکایت یا ثبت درخواست تجدیدنظر، می‌توانید با یکی از سازمان‌های زیر تماس بگیرید.

برای خدمات بستری/اقامتی، تماس بگیرید با:

**JFS PATIENT ADVOCACY**  
**619-282-1134 or 1-800-479-2233**

برای خدمات سرپایی، تماس بگیرید با:

**CCHEA**  
**(Consumer Center for Health Education & Advocacy)**  
**1-877-734-3258**

## حقوق شما در این فرایند

این‌که با شما با احترام برخورد شود و درمان را به زبان مورد ترجیح خود دریافت کنید.

دریافت نظر ثانویه درباره روند درمانی یا داروی خود.

انتخاب فردی برای اقدام از طرف شما. با ارائه رضایت کتبی، می‌توانید یک ارائه‌دهنده خدمات یا نماینده مجاز را برای اقدام از طرف خود تعیین کنید.

همراه داشتن فردی با خود در جلسات و دادرسی‌ها.

عدم مواجهه با تبعیض یا مجازات به دلیل ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر.

داشتن حفاظت قانونی از حریم خصوصی خود.



## فرایند رسیدگی به مشکلات

شکایات، درخواست‌های تجدیدنظر،  
و دادرسی عادلانه ایالتی

**COUNTY OF SAN DIEGO BEHAVIORAL  
HEALTH SERVICES**

## شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر

**شکایت** هرگونه ابراز نارضایتی شما از خدمات سلامت رفتاری است که تحت فرایند درخواست تجدیدنظر یا دادرسی عادلانه ایالتی قرار نمی‌گیرد.

این موارد شامل نگرانی درباره کیفیت مراقبت، نحوه برخورد کارکنان و ارائه‌دهندگان خدمات با شما، و اختلاف‌نظر درباره تصمیم‌های مرتبط با مراقبت شما می‌شود. می‌توانید در هر زمان شکایت ثبت کنید.

در صورتی که با تصمیمی درباره خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید یا مایل به دریافت آن هستید موافق نباشید، می‌توانید **درخواست تجدیدنظر** ثبت کنید.

این درخواست، تقاضایی برای بازبینی **اطلاعیه تعیین تکلیف نامطلوب مزایا (NOABD)** است. NOABD یک نامه رسمی درباره اقدامی مرتبط با خدمات شما یا درخواست شما برای دریافت خدمات است. درخواست تجدیدنظر باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ NOABD ثبت شود.

حداکثر ظرف 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت، یک نامه کتبی مبنی بر تأیید دریافت شکایت یا درخواست تجدیدنظر خود دریافت خواهید کرد. حداکثر ظرف 30 روز تقویمی، یک تصمیم کتبی دریافت خواهید کرد.

می‌توانید درخواست دهید که تا زمان تعیین تکلیف درباره درخواست تجدیدنظر خود، همچنان خدمات را دریافت کنید. این درخواست باید ظرف 10 روز از تاریخ ارسال پستی یا تحویل حضوری اطلاعیه تعیین تکلیف نامطلوب مزایا (NOABD) به شما ارائه شود.

تا زمانی که درخواست تجدیدنظر شما در حال بررسی است یا اگر تصمیم درخواست تجدیدنظر به نفع تعیین تکلیف نامطلوب مزایای کانتی باشد، از شما خواسته نخواهد شد هزینه‌ای بابت ادامه خدمات پرداخت کنید.

در صورتی که روند استاندارد بتواند به‌طور جدی زندگی، سلامت، یا توانایی شما برای دستیابی، حفظ یا بازیابی حداکثر سطح عملکرد را به خطر اندازد، می‌توان یک **درخواست تجدیدنظر فوری** ثبت کرد. اگر درخواست تجدیدنظر شما شرایط لازم برای بررسی فوری را داشته باشد، ظرف 72 ساعت از زمان دریافت، یک تصمیم دریافت خواهید کرد.

## نحوه ثبت

می‌توانید به‌صورت شفاهی از طریق تلفن یا حضوری با سازمان حمایت تماس گرفته و درخواست خود را ثبت کنید (درخواست‌های شفاهی تجدیدنظر باید با یک درخواست تجدیدنظر کتبی پیگیری شوند). همچنین می‌توانید با استفاده از فرم شکایت و درخواست تجدیدنظر که در مطب ارائه‌دهنده خدمات شما موجود است، درخواست خود را به‌صورت کتبی ثبت کنید.

یک ارائه‌دهنده خدمات یا نماینده مجاز می‌تواند به‌صورت شفاهی یا کتبی از طرف شما درخواست را ثبت کند. درخواست‌های تجدیدنظر که توسط ارائه‌دهنده خدمات از طرف شما ثبت می‌شوند، مستلزم رضایت کتبی شما هستند.

## دادرسی عادلانه ایالتی

اگر روند درخواست تجدیدنظر طرح بیمه را به پایان رسانده‌اید، در صورتی که با تصمیم نهایی درخواست تجدیدنظر درباره تعیین تکلیف نامطلوب مزایا در خصوص خدمات خود مخالف باشید، می‌توانید درخواست یک **دادرسی عادلانه ایالتی** را ثبت کنید. همچنین می‌توانید به دلیل عدم تکمیل به‌موقع تصمیم درخواست تجدیدنظر، درخواست دادرسی ثبت کنید.

درخواست دادرسی عادلانه ایالتی باید ظرف 120 روز از تاریخ دریافت تصمیم مربوط به درخواست تجدیدنظر ثبت شود. می‌توانید درخواست دهید که تا زمان انتظار برای دریافت تصمیم، همچنان خدمات را دریافت کنید. این درخواست باید ظرف 10 روز از تاریخ تصمیم مربوط به درخواست تجدیدنظر ارائه شود. تا زمانی که دادرسی شما در جریان است یا اگر تصمیم نهایی به نفع تعیین تکلیف نامطلوب مزایای کانتی باشد، از شما خواسته نخواهد شد هزینه‌ای بابت ادامه خدمات پرداخت کنید.

برای دریافت کمک در ثبت درخواست دادرسی عادلانه

ایالتی، می‌توانید به طور مستقیم **Department of Social Services** با شماره 1-800-743-8525 تماس

بگیرید یا به نشانی

<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>