



УВЕДОМЛЕНИЕ О РЕШЕНИИ

Отказ в предоставлении Community-Based Adult Services (CBAS)

Уважаемый (ая) !

Настоящим уведомляем Вас о том, что Вы **не соответствуете** критериям включения в программу Community-Based Adult Services (CBAS). Вы вправе обжаловать данное решение.

CBAS — это льгота программы Medi-Cal, которая начнет действовать с 1 марта 2012 г. CBAS позволяет соответствующим ряду критериев участникам программы Medi-Cal получать квалифицированную сестринскую помощь, социальное обслуживание, терапевтические услуги, услуги личного ухода, услуги по обучению и поддержке членов семьи и других лиц, осуществляющих уход, питание, транспортные услуги и услуги координации медико-социальных программ централизованно в одном месте. В соответствии с мировым соглашением, заключенным Department of Health Care Services в рамках процесса по делу *Darling, et al. v. Douglas, et al.*, программа Adult Day Health Care (ADHC) завершится 29 февраля 2012 г., а со следующего дня начнет действовать CBAS. С текстом мирового соглашения можно ознакомиться в Интернете по адресу <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Оценка Вашего соответствия критериям включения в программу CBAS проводилась в связи с тем, что Вы получаете или недавно получали услуги ADHC в центре ADHC. Медсестры DHCS встретились (либо пытались встретиться) с Вами для проведения оценки Вашего соответствия критериям включения в CBAS.

Настоящим уведомляем Вас о том, что Вы не соответствуете критериям включения в CBAS по следующим причинам:

- Вам не требуются сестринские услуги в объеме "Nursing Facility Level of Care A" (NF-A); **либо**
- у Вас отсутствуют когнитивные нарушения средней и сильной степени тяжести, включая болезнь Альцгеймера (Alzheimer's Disease) и другие умственные расстройства средней и сильной степени тяжести; **либо**
- у Вас отсутствуют пороки развития; **либо**
- у Вас отсутствуют когнитивные расстройства легкой и средней степени тяжести, включая болезнь Альцгеймера (Alzheimer's Disease) или слабоумие, НО Вы нуждаетесь в помощи или в присмотре при совершении двух из перечисленных ниже действий: мытье, одевание, прием пищи, посещение туалета, подъем, перемещение, прием лекарств или соблюдение личной гигиены; **либо**
- у Вас отсутствуют хронические психические заболевания и травмы головного мозга, НО Вы нуждаетесь в помощи или присмотре при совершении двух из перечисленных ниже действий: мытье, одевание, прием пищи, посещение туалета, подъем, перемещение, прием лекарств и соблюдение личной гигиены; **ЛИБО** одного из вышеперечисленных и одного из следующих действий: распоряжение денежными средствами, получение доступа к ресурсам, приготовление пищи и транспортировка.

Для получения более подробной информации о критериях включения в программу CBAS ознакомьтесь с текстом мирового соглашения в Интернете по адресу <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Что рекомендуется делать в такой ситуации?

Несмотря на то, что Вы не соответствуете критериям включения в программу CBAS, **Вы имеете право на получение услуг расширенной координации медико-социальных программ (Enhanced Case Management услуг), которые помогут Вам находить необходимые службы.**

- Если Вы **зарегистрированы** в плане организованного медицинского обслуживания Medi-Cal, то с Вами свяжутся сотрудники Вашего плана, либо Вы можете позвонить в отдел обслуживания участников своего медицинского страхового плана сами. Ваш план предоставит Вам услуги расширенной координации медико-социальных программ. Перечень отделов обслуживания участников медицинских страховых планов можно найти по адресу <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx>
- Если Вы **не зарегистрированы** в плане организованного медицинского обслуживания Medi-Cal, то с Вами свяжутся сотрудники APS Healthcare, либо Вы сами можете позвонить в APS Healthcare по телефону 1-800-693-6735. Там Вам предоставят услуги расширенной координации медико-социальных программ.

Изменит ли данное решение мои права на участие в программах Medi-Cal или Medicare?
Настоящее уведомление никоим образом не затрагивает Ваши права на получение других услуг в рамках программ Medi-Cal или Medicare.

Что если я не соглашусь с данным решением?

Ваши права на проведение слушания в суде штата (State Hearing)

В случае Вашего несогласия с настоящим отказом Вы вправе обжаловать это решение и потребовать провести слушание в суде штата (State Hearing) (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations). Для получения более подробной информации о правах на проведение слушания в суде штата (State Hearing) и рекомендуемом способе подачи запроса на проведение State Hearing ознакомьтесь с прилагаемой информацией «Ваши права на проведение слушания в суде штата» и формой «Запрос на проведение слушания в суде штата».

Если Вы подадите апелляцию на решение Department (Департамента) о Вашем несоответствии критериям включения в CBAS, то во время рассмотрения апелляции Вы не будете получать услуги CBAS, поскольку программа CBAS является новой. Вместо этого Вы будете получать услуги расширенной координации медико-социальных программ.

К кому обращаться с вопросами?

Со всеми вопросами по настоящему уведомлению, а также при необходимости получения информации или помощи в подаче апелляции обращайтесь в Disability Rights California по телефону (800) 776-5746, линии TDD/TTY (800) 719-5798 или напишите по адресу:

Disability Rights California
1330 Broadway, Suite 500
Oakland, CA 94612
Darling@disabilityrightscalifornia.org

Ваши права на проведение слушания в суде штата

Как подать запрос на проведение слушания в суде штата (State Hearing)

- Запрос на проведение слушания необходимо направить в течение 90 дней.
- Отсчет 90-дневного периода начинается на следующий день после отправки настоящего уведомления.

При наличии уважительной причины запрос можно подать и по истечении 90-дневного срока. Если причина действительно уважительная, слушание будет назначено.

Как получить помощь

Если Вы не желаете участвовать в слушании в одиночку, Вы вправе взять с собой друга, родственника, адвоката или другое лицо по своему выбору. Местные юридические консультации или группы по защите прав человека на социальное обеспечение могут оказать вам безвозмездное юридическое содействие.

Задать вопросы о своих правах на проведение слушания или о возможности безвозмездного получения юридической помощи можно по приведенным ниже телефонам справочной службы штата. Эти линии очень сильно загружены. Возможно, Вы услышите сообщение с просьбой перезвонить позже.

Бесплатная линия связи:	1-800-952-5253
Линия TDD/TTY для участников с нарушениями слуха:	1-800-952-8349

Как подать запрос на проведение слушания в суде штата

Лучше всего — заполнить обратную сторону этого бланка и выслать его:

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

Факс: 1-916-651-5210 или 1-916-651-2789
(указать наименование адресата: State Hearing Support)

Кроме того, можно позвонить:
Телефон: 1-800-952-5253 или 1-800-743-8525
TDD/TTY: 1-800-952-8349

Примечание

State Hearings Division не принимает запросы на проведение слушания, направляемые по электронной почте.

Дополнительные сведения

Дело: Если Вы требуете проведения слушания, State Hearing Office откроет дело. Вы вправе ознакомиться с материалами этого дела. Власти штата вправе направить ваше дело в U.S. Department of Health and Human Services.

Запрос на проведение слушания в суде штата

Я требую проведения слушания в суде штата (State Hearing) по вопросу решения, принятого Department of Health Care Services

Имя и фамилия: _____

Адрес: _____

Почтовый индекс: _____

Телефон: _____

Social Security Number или номер Medi-Cal ID: _____

(Непредоставление этого номера может вызвать задержку в проведении слушания)

Я выражаю свое несогласие с:

- решением о моем несоответствии критериям включения в программу Community-Based Adult Services (CBAS)

ввиду того, что:

Примечание. По возможности приложите к настоящему запросу копию уведомления о решении (Notice of Action). При необходимости, укажите дополнительные сведения ниже.

(Если места недостаточно, продолжите на новом листе. Сделайте копию этого листа и сохраните ее у себя)

Если Вы не желаете участвовать в слушании в одиночку, Вы вправе взять с собой друга или другое лицо.

Отметьте все, что относится к Вам:

- ① Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло мои интересы. Этот человек вправе видеть мою медицинскую документацию, имеющую отношение к данному делу, присутствовать на слушании и выступать от моего имени.

Имя и фамилия: _____

Телефон: _____

Адрес: _____

- ② Мне нужны услуги бесплатного перевода (присутствующий на слушании друг или родственник не вправе переводить для Вас).

Мой язык или диалект: _____

- ③ Я предпочитаю проведение слушания по телефону.

- ④ Я хочу присутствовать на слушании лично, и мне необходимы следующие условия ADA (например, обеспечение доступа для инвалидной коляски, наличие документов, набранных крупным шрифтом).

- ⑤ **Срочно.** Я не могу ждать 90 дней и прошу рассмотреть дело в ускоренном порядке. Укажите причину: _____

Моя подпись _____

Дата: _____

Заполнив данную форму, сделайте ее копию и сохраните у себя.