



PAUNAWA NG PAGKILOS

Pagtanggi sa Pagiging Karapat-dapat para sa Community-Based Adult Services (CBAS)

Mahal na:

Aming ipinapadala sa inyo ang liham na ito upang ipagbigay-alam sa inyo ang tungkol sa isang mahalagang impormasyon. Natuklasan na ikaw ay ***hindi karapat-dapat*** para sa Community-Based Adult Services (CBAS). Maaari kang magsampa ng apela sa desisyon na ito.

Ang CBAS ay isang benepisyong Medi-Cal na magsisimula sa Marso 1, 2012. Ang CBAS ay magpapahintulot sa mga karapat-dapat na tao na nasa Medi-Cal na makakuha ng dalubhasang pag-aalaga ng nars, social services, mga therapy, personal na pag-aalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga pagkain, transportasyon, at pamamahala ng kaso sa iisang sentral na lokasyon. Dahil ang Department of Health Care Services ay pumasok sa pag-aareglong kasunduan sa demanda na *Darling, et al. v. Douglas, et al.*, ang Adult Day Health Care (ADHC) ay magtatapos sa ika-29 ng Pebrero, 2012, at ang CBAS magsisimula sa susunod na araw. Maaari mong mabasa ang kasunduan sa napag-aregluhan online sa <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Ikaw ay natasa para sa pagiging karapat-dapat sa CBAS dahil ikaw ay nakatanggap, o kamakailang nakatanggap, ng mga serbisyo ng ADHC sa isang sentro ng ADHC. Natingnan ka na ng mga nars ng DHCS (o sinubukan na makipagkita sa iyo) upang tasahin ang yong pagiging karapat-dapat sa CBAS.

Ang Paunawa ng Pagkilos na ito ay upang ipagbigay-alam sa iyo na natuklasan na ikaw ay hindi karapat-dapat para sa CBAS dahil ikaw ay:

- Hindi kailangan ng sapat na pag-aalaga upang makatugon sa "Nursing Facility Level of Care A" (NF-A);
- Ikaw ay katamtaman mahinay hanggang malubhang cognitive impairment, kasama ang katamtaman hanggang malubhang Alzheimer's Disease o iba pang dementia;
- Walang kang kapansanang developmental;
- Walang kang kaunti hanggang katamtamang cognitive na kapansanan, kasama na ang Alzheimer's o dementia AT kailangan ng tulong o superbisyon sa dalawa sa mga sumusunod: paliligo, pagbibihis, pagkain nang mag-isa, paggamit ng banyo, ambulatorya, paglilipat, pamamahala ng gamot, o kalinisan ng katawan;
- Walang hindi gumagaling na sakit pangkaisipan o pinsala sa utak AT kailangan ng tulong o superbisyon sa dalawa sa mga sumusunod: paliligo, pagbibihis, pagkain nang mag-isa, paggamit ng banyo, ambulatorya, paglilipat, pamamahala ng gamot, o kalinisan ng katawan; O kailangan ang isa mula sa mga nakatala sa itaas na listahan at isa sa mga sumusunod: pangangasiwa sa pera, paraang makakuha ng mapagkukunan ng mga dulugan, paghahanda ng pagkain, at transportasyon.

Para sa karagdagang impormasyon ukol sa pamantayan sa pagiging karapat-dapat para sa CBAS, mangyari mangyaring basahin ang kasunduan sa napag-aregluhan online sa <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Ano na ang mangyayari ngayon?

Kahit na hindi ka karapat-dapat na makatanggap ng CBAS, **ikaw ay karapat-dapat na tumanggap ng mga serbisyo para sa Pamamahala ng Pinahusay na Kaso (Enhanced Case Management na mga serbisyo), na makakatulong sa iyo na makahanap ng mga serbisyo.**

- Kung ikaw ay **naka-enroll** sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng Medi-Cal, tatawagan ka ng inyong plano o maaari mong tawagan ang mga serbisyo para sa miyembro ng inyong planong pangkalusugan. Ang iyong plano ay magbibigay sa iyo ng mga serbisyo para sa Pamamahala ng Pinahusay na Kaso. Isang listahan ng mga serbisyo sa miyembro ng planong pangkalusugan ang matatagpuan sa <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx>
- Kung ikaw ay **hindi naka-enroll** sa plano ng pinamamahalaang pag-aalaga ng Medi-Cal, ang APS Healthcare ay tatawag sa iyo o maaari kang tumawag sa APS Healthcare sa 1-800-693-6735. Makapagkakaloob sila sa iyo ng mga serbisyo para sa Pinahusay na Pamamahala ng Kaso.

Mababago ba nito ang aking pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal o Medicare?

Ang Paunawa na ito ay hindi makaka-apekto sa iyong pagiging karapat-dapat o pagtanggap ng iba pang mga serbisyo ng Medi-Cal o Medicare.

Paano kung ako ay hindi sumang-ayon sa desisyon?

Ang Iyong Mga Karapatan sa Paglilitis ng Estado (State Hearing)

Kung ikaw ay hindi sumasang-ayon sa pagtanggap na ito, may karapatan kang magsampa ng apela at humiling ng isang State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations). Mangyari lamang basahin ang nakalakip na "*Ang Iyong Mga Karapatan para sa Paglilitis ng Estado (Your State Hearing Rights)*" at "*Kahilingan para sa Paglilitis ng Estado (State Hearing Request)*" na form para sa karagdagang impormasyon sa mga karapatan sa Paglilitis ng Estado (State Hearing) at ang pinakamainam na paraan para humiling ng isang State Hearing.

Kung ikaw ay magsampa ng isang apela sa pagpapasya ng Departamento (Department) sa iyong pagiging hindi karapat-dapat para sa CBAS, ikaw ay hindi tatanggap ng mga serbisyo ng CBAS habang isinasagawa ang iyong apela dahil ang CBAS ay isang bagong programa. Sa halip, ikaw ay makakatanggap ng mga serbisyo ng Pinahusay na Pamamahala ng Kaso habang ang iyong apela ay isinasagawa.

Sino ang dapat kong tawagan kung ako ay may mga katanungan?

Kung ikaw ay may kahit na anong katanungan o ikinababahalang ukol sa paunawang ito, o nais mo ng impormasyon o tulong sa pagsasampa ng inyong apela, mangyaring tumawag sa Disability Rights California sa (800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798, o maaari kang sumulat sa:

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

Ang Iyong Mga Karapatan sa Paglilitis ng Estado

Para Humiling ng isang Paglilitis ng Estado (State Hearing)

- Mayroon ka lamang 90 araw para humiling ng isang paglilitis.
- Ang 90 araw ay magsisimula sa araw makalipas naming ipadala ang paunawang ito.

Kung mayroon kang mainam na dahilan kung bakit hindi ka nakapagsampa para sa paglilitis sa loob ng 90 araw, maaari ka pa rin magsampa para sa isang paglilitis. Kung magbigay ka ng mainam na dahilan, maaari pa rin magtakda ng isang paglilitis.

Para Makakuha ng Tulong

Kung hindi mo nais na dumalo sa paglilitis nang nag-iisa, maaari kang magdala ng isang kaibigan, kamag-anak, abogado, o sinoman na iyong piliin. Maaari ka makakuha ng legal na tulong sa inyong lokal na tanggapan ng tulong na legal o grupo ng mga karapatan sa welfare.

Maaari mong tanungin ang tungkol sa iyong mga karapatan sa paglilitis o libheng tulong na legal sa mga numero ng impormasyon ng estado sa ibaba. Ang mga numerong ito ay maaaring lubos na maraming ginagawa o busy. Maaari kang makakuha ng mensahe na humihiling sa iyo na tumawag ulit.

Tumawag sa Numero na Walang Bayad: 1-800-952-5253
Kung ikaw ay bingi at gumagamit ng TDD/TTY, tumawag sa: 1-800-952-8349

Para Humiling ng isang Paglilitis ng Estado

Ang pinakamainam na paraan para humiling ng paglilitis ay sa pamamagitan ng pagsulat sa likod ng form na ito at ipadala sa:

Koreo: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
Fax: 1-916-651-5210 o 1-916-651-2789 (Attention: State Hearing Support)

Maaari ka rin tumawag sa:
Telepono: 1-800-952-5253 o 1-800-743-8525
TDD/TTY: 1-800-952-8349

Tandaan

Ang State Hearings Division ay hindi makakatanggap ng mga kahilingan para sa paglilitis ng estado sa pamamagitan ng e-mail.

Iba pang Impormasyon

File para sa Paglilitis: Kung ikaw ay humiling ng isang paglilitis, gagawa ng isang file ang State Hearing Office. Mayroon kang karapatan na makita ang file na ito. Maaaring ibigay ng Estado ang iyong file sa U.S. Department of Health and Human Services.

Kahilingan para sa Paglilitis ng Estado

Ako ay humihiling ng isang Paglilitis ng Estado (State Hearing) dahil sa isang pagkilos na isinagawa ng Department of Health Care Services

Pangalan: _____

Address: _____

Zip code: _____

Telepono: _____

Numero ng Social Security Number o Medi-Cal ID: _____

(Ang inyong paglilitis ay maaaring maantala kung ang numerong ito ay hindi ipinagkaloob)

Ako ay hindi sumasang-ayon sa:

Pagpapasya sa pagiging karapat-dapat para sa Community-Based Adult Services (CBAS)

Heto ang dahilan kung bakit

Tandaan: Kung maaari, maglakip ng kopya ng liham ng Paunawa ng Pagkilos (Notice of Action) sa form na ito. Kung kailangan mong magkaloob ng mas maraming impormasyon, mangyari lamang gamitin ang espasyo sa ibaba:

(Kung kailangan mo ng dagdag na espasyo na pagsusulatan, mangyari lamang gumamit ng isa pang piraso ng papel). Gumawa ng kopya para sa iyong mga rekord)

Kung hindi mo nais na dumalo sa paglilitis nang nag-iisa, maaari kang magdala ng isang kaibigan o iba pang tao na sumama sa iyo.

Lagyan ng tsek ang anumang (mga) kahon na naaangkop sa iyo:

1 Nais ko na kumatawan para sa akin ang tao na pinangalan sa ibaba. Maaari niyang makita ang aking mga medikal na rekord na may kaugnayan sa paglilitis na ito, pumunta sa paglilitis, at magsalita sa ngalan ko.

Pangalan: _____

Telepono: _____

Address: _____

2 Kailangan ko ng libreng tagasalin-wika (isang kamag-anak o kaibigan ay hindi maaaring magsalin-wika para sa iyo sa isang paglilitis).

Ang aking wika o diyalekto ay: _____

3 Nais ko ng isang paglilitis sa telepono.

4 Nais kong dumalo sa paglilitis at kailangan ko ng sumusunod na mga akomodasyon ng ADA (hal. magagamit ang wheelchair, malalaking titik).

5 Madalian. Kailangan ko ng madaliang desisyon at hindi ako makakahintay ng 90 araw. Mangyari lamang ipaliwanag sa ibaba:

Aking Lagda _____

Petsa: _____

Pagkatapos mong makumpleto ang form na ito, gumawa ng isang kopya para sa iyong mga rekord.