

إشعار عمل

إنكار الأهلية لـ Community-Based Adult Services (CBAS)

تحية طبية وبعد:

نرسل هذا الخطاب لإخباركم بمعلومات هامة. وُجد أنك غير مؤهل لـ Community-Based Adult Services (CBAS). ويمكنك استئناف هذا القرار.

CBAS هو إعانة من Medi-Cal سوف تبدأ في 1 مارس 2012. تتيح CBAS للأشخاص المؤهلين في Medi-Cal الحصول على رعاية ترميضية ماهرة، وخدمات اجتماعية، وعلاجات، ورعاية شخصية، وتدريب للعائلة/مقدمي الرعاية، ودعم ووجبات وخدمات نقل وإدارة حالات في مكان مركزي واحد. ونظراً لأن Department of Health Care Services دخلت في اتفاق تسوية في قضية *Darling, et al. v. Douglas, et al.*، سوف تنتهي Adult Day Health Care (ADHC) في 29 فبراير 2012 وسوف تبدأ CBAS في اليوم التالي. يمكنك قراءة اتفاق التسوية على الإنترنت على <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

تم تقييم أهليتك لـ CBAS لأنك تتلقى، أو تلقيت مؤخراً، خدمات ADHC في أحد مراكز ADHC. ولقد قابلت ممرضات DHCS (أو حاولن مقابلتك) لتقييم أهليتك لـ CBAS.

إشعار العمل هذا هو لإبلاغك بعدم أهليتك لـ CBAS لأنك:

- لا تحتاج إلى رعاية ترميضية كافية للوفاء بـ "Nursing Facility Level of Care A" (NF-A)؛ أو
- لا تعاني من إعاقة إدراكية معتدلة إلى حادة، بما في ذلك مرض Alzheimer's المعتدل إلى الحاد أو اعتلال ذهني آخر؛ أو
- لا تعاني من إعاقة إنمائية؛ أو
- لا تعاني من إعاقة إدراكية خفيفة إلى معتدلة، بما في ذلك Alzheimer's أو اعتلال ذهني وتحتاج إلى المساعدة أو الإشراف في اثنين مما يلي: الاستحمام، وارتداء الملابس، والذهاب إلى المرحاض، والانتقال من مكان لآخر، والتنقل، وإدارة الأدوية، والصحة العامة؛ أو
- لا تعاني من مرض عقلي مزمن أو إصابة بالمخ وتحتاج إلى المساعدة أو الإشراف في اثنين مما يلي: الاستحمام، وارتداء الملابس، والذهاب إلى المرحاض، والانتقال من مكان لآخر، والتنقل، وإدارة الأدوية، والصحة العامة؛ أو حاجة واحدة من القائمة أعلاه وحاجة واحدة مما يلي: إدارة الأموال، والوصول إلى الموارد، وإعداد الوجبات، والنقل.

لمزيد من المعلومات عن معايير الأهلية لـ CBAS، يرجى مطالعة اتفاق التسوية على الإنترنت على <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

ما الذي سيحدث الآن؟

رغم أنك غير مؤهل لتلقي CBAS، إلا أنك مؤهل لتلقي خدمات إدارة حالة معززة (خدمات Enhanced Case Management) سوف تساعدك في العثور على الخدمات.

- إذا كنت **ملتحقاً** بخطة رعاية Medi-Cal مُدارة، فسوف تتصل بك خطتك أو يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء خطتك الصحية. سوف تزودك خطتك بخدمات إدارة حالة معززة. يمكنك العثور على قائمة بخدمات أعضاء الخطط الصحية على <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx>
- إذا كنت **غير ملتحق** بخطة Medi-Cal للرعاية المدارة، فسوف تتصل بك APS Healthcare أو يمكنك الاتصال بـ APS Healthcare على 1-800-693-6735. وسوف يزودوك بخدمات إدارة حالة معززة.

هل يغير هذا من أهليتي في Medi-Cal أو Medicare؟
لا يؤثر هذا الإشعار على أهليتك أو تلقيك لخدمات Medi-Cal أو Medicare.

ماذا لو اختلفت مع القرار؟

حقوقك في طلب جلسة استماع من الولاية (State Hearing)

إذا اختلفت مع هذا الإنكار، يحق لك استئناف القرار وطلب (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations). يرجى مطالعة استمارة "حقوقك في طلب جلسة استماع من الولاية" و"طلب جلسة استماع من الولاية" المرفقة للاطلاع على معلومات إضافية حول حقوق طلب جلسة استماع من الولاية (State Hearing) والطريقة الأمثل لطلب State Hearing.

إذا تقدمت باستئناف لقرار Department's الخاص بعدم أهليتك لـ CBAS، فلن تتلق خدمات CBAS أثناء الاستئناف لأن CBAS برنامج جديد. وبدلاً من ذلك، سوف تتلقى خدمات إدارة حالة معززة أثناء النظر في استئنافك.

من ينبغي أن أتصل به إذا كانت لدي أسئلة؟

إذا كانت لديك أية أسئلة أو مخاوف بشأن هذا الإشعار، أو إذا كنت تود الحصول على معلومات أو مساعدات في تقديم استئنافك، فيرجى الاتصال بـ Disability Rights California على (800) 719-5798 TDD/TTY (800) 776-5746 أو يمكنك الكتابة إلى:

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

حقوقك في طلب جلسة استماع من الولاية

لطلب جلسة استماع من الولاية (State Hearing)

- أمامك 90 يوماً فقط لطلب جلسة استماع.
 - تبدأ فترة الـ 90 يوماً من اليوم التالي لإرسال هذا الإشعار بالبريد.
- إذا كان لديك سبب وجيه حول عدم قدرتك على التقدم بطلب لجلسة استماع خلال فترة الـ 90 يوماً، فلا يزال بإمكانك التقدم لطلب جلسة استماع. إذا قدمت سبباً وجيهاً، فلا يزال بإمكانك طلب تحديد جلسة استماع.

للحصول على المساعدة

إذا كنت لا تريد حضور جلسة الاستماع بمفردك، فيمكنك إحضار صديق أو قريب أو محام أو أي شخص آخر تختاره. ويمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية من مكتب المساعدة القانونية المحلي أو مجموعة لحقوق الرفاهية. يمكنك الاستفسار عن حقوقك لطلب جلسة الاستماع أو المساعدة القانونية المجانية على أرقام الاستعلامات الخاصة بالولاية أدناه. ويرجى العلم أن هذه الأرقام قد تكون مشغولة جداً. وقد تتلقى رسالة تطالبك بالاتصال لاحقاً.

اتصل بالرقم المجاني: 1-800-952-5253
إذا كنت تعاني من صمم وتستخدم TDD/TTY، اتصل على: 1-800-952-8349

كيفية طلب جلسة استماع من الولاية

الطريق الأمثل لطلب جلسة استماع هو من خلال تعبئة الجزء الخلفي من هذه الاستمارة وإرسالها إلى:

البريد: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, MS 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

الفاكس: 1-916-651-5210 أو 1-916-651-2789 (عناية: State Hearing Support)

يمكنك كذلك الاتصال على:

الهاتف: 1-800-952-5253 أو 1-800-743-8525

TDD/TTY: 1-800-952-8349

ملاحظة

لا يمكن لـ State Hearings Division قبول طلبات جلسة استماع للولاية من خلال البريد الإلكتروني.

معلومات أخرى

ملف جلسة الاستماع: إذا طلبت جلسة استماع، فسوف يقوم State Hearing Office بإعداد ملف. يحق لك الاطلاع على هذا الملف. قد تعطي الولاية ملفك إلى U.S. Department of Health and Human Services.

طلب جلسة استماع من الولاية

أطلب جلسة استماع من الولاية (State Hearing) بسبب إجراء اتخذته
Department of Health Care Services

الاسم:

العنوان:

الرمز البريدي:

الهاتف:

Medi-Cal ID أو رقم Social Security Number:

(قد يتم تأخير جلسة الاستماع إذا لم يتم تقديم هذا الرقم)

لا أوافق على:

☒ قرار عدم الأهلية لـ Community-Based Adult Services (CBAS)

وإليك الأسباب

ملحوظة: قم بإرفاق نسخة من خطاب إشعار العمل (Notice of Action) بهذه الاستمارة، إن أمكن. إذا احتجت إلى تقديم معلومات إضافية، فيرجى استخدام المساحة أدناه:

(إذا احتجت إلى مساحة إضافية، فيرجى استخدام ورقة أخرى. قم بإعداد نسخة للاحتفاظ بها ضمن سجلاتك)

إذا كنت لا تريد الذهاب إلى جلسة الاستماع بمفردك، فيمكنك إحضار صديق أو شخص ما معك.

حدد أي خانة (خانات) تسري عليك:

☐ 1 أريد أن يمثلني الشخص المذكور اسمه أدناه. ويمكنه الاطلاع على سجلاتي الطبية المتعلقة بـ جلسة الاستماع هذه وحضور جلسة الاستماع والتحدث نيابة عني.

الاسم: الهاتف:

العنوان:

☐ 2 أحتاج إلى مترجم شفهي مجاني (لا يمكن لقريب أو صديق الترجمة لك في جلسة استماع).
لغتي أو لهجتي هي:

☐ 3 أود جلسة استماع هاتفية.

☐ 4 أريد حضور جلسة الاستماع وأحتاج إلى تسهيلات ADA التالية (مثل توفير كرسي متحرك والطباعة الكبيرة).

☐ 5 عاجل. أريد قراراً سريعاً ولا أستطيع الانتظار 90 يوماً. يرجى التوضيح أدناه:

التاريخ:

توقيعي

بعد استكمال هذه الاستمارة، يرجى إعداد نسخة للاحتفاظ بها ضمن سجلاتك.