

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ «Community-Based Adult Services»-ի (CBAS) իրավասության մերժում

Հարգելի

Մենք Ձեզ ուղարկում ենք այս նամակը, որպեսզի կարևոր տեղեկություն հայտնենք: Դուք **անիրավասու** եք ճանաչվել «Community-Based Adult Services»-ի (CBAS) համար: Դուք կարող եք բողոքարկել այդ որոշումը:

CBAS-ը «Medi-Cal»-ի նպաստ է, որը սկսելու է գործել 2012 թ. մարտի 1-ից: CBAS-ի միջոցով «Medi-Cal»-ի իրավասու անդամները կարող են մեկ տեղից՝ կենտրոնացված, մասնագիտացված բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, բուժումներ, անձնական խնամք, ընտանեկան/խնամողի վերապատրաստում և աջակցություն, սնունդ, փոխադրման և բժշկական գործի կառավարման ծառայություններ ստանալ: Քանի որ «Department of Health Care Services»-ը հաշտության համաձայնություն է կայացրել «Darling, et al. v. Douglas, et al.» գործով, «Adult Day Health Care»-ն (ADHC) ավարտվելու է 2012 թ. փետրվարի 29-ին, և հաջորդ օրը սկսվելու է CBAS-ը: Հաշտության համաձայնությունը կարող եք առցանց կարդալ <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx> հասցեում:

Դուք CBAS-ի իրավասության գնահատում եք անցել, քանի որ Դուք ADHC-ի կենտրոնում ADHC ծառայություններ եք ստանում կամ վերջերս ստացել եք: CBAS-ի Ձեր իրավասությունը գնահատելու նպատակով՝ DHCS-ի բուժքույրերը հանդիպել են Ձեզ հետ (կամ փորձել են հանդիպել Ձեզ հետ):

Այս «Ծանուցումը որոշման մասին» տեղեկացնում է Ձեզ, որ Դուք անիրավասու եք ճանաչվել CBAS-ի համար, որովհետև Դուք՝

- այնչափ խնամքի կարիք չունեք, որպեսզի բավարարեք «Nursing Facility Level of Care A»-ի (NF-A) պահանջները **կամ**
- չափավորից մինչև ծանր մտավոր հաշմանդամություն, այդ թվում՝ չափավորից մինչև ծանր «Alzheimer»-ի հիվանդություն կամ այլ կարգի թուլամտություն չունեք **կամ**
- զարգացման արատի հետևանք հանդիսացող հիվանդություն չունեք **կամ**
- մեղմից մինչև չափավոր մտավոր հաշմանդամություն, այդ թվում՝ «Alzheimer»-ի հիվանդություն կամ թուլամտություն չունեք ե՛վ օգնության կամ հսկողության կարիք չունեք հետևյալ գործողություններից երկուսի հարցում. լոգանք ընդունել, հագնվել, ինքնուրույն սնունդ ընդունել, զուգարանից օգտվել, շարժվել, տեղաշարժվել, դեղեր ընդունել կամ անձնական հիգիենա պահպանել **կամ**

- որևէ քրոնիկական հոգևոր հիվանդություն կամ ուղեղի վնասվածք չունեք ե՛վ օգնության կամ հսկողության կարիք չունեք հետևյալ գործողություններից երկուսի հարցում. լոգանք ընդունել, հագնվել, ինքնուրույն սնունդ ընդունել, զուգարանից օգտվել, շարժվել, տեղաշարժվել, դեղեր ընդունել կամ անձնական հիգիենա պահպանել. ԿԱՄ վերը նշվածներից մեկի և հետևյալ գործողություններից մեկի հարցում. տնօրինել դրամական միջոցները, օգտվել սահմանափակ հնարավորությունների տեր անձանց համար նախատեսված միջոցներից, կերակուր պատրաստել և օգտվել փոխադրամիջոցից:

CBAS-ի իրավասության չափանիշների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք առցանց կարդալ հաշտության համաձայնությունը՝ <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx> հասցեում:

Ի՞նչ է տեղի ունենալու այժմ

Թեև Դուք չեք համապատասխանում CBAS ստանալու պահանջներին, **Դուք իրավասու եք «Գործի խորացված կառավարման» ծառայություններ («Enhanced Case Management» ծառայություններ) ստանալու, որի օգնությամբ Դուք կարող եք գտնել Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները:**

- Եթե Դուք «Medi-Cal» կառավարվող բուժսպասարկման որևէ ծրագրի **անդամ եք**, Ձեր ծրագիրը կգանգահարի Ձեզ, կամ Դուք ինքներդ կարող եք զանգահարել Ձեր ծրագրի անդամների սպասարկման բաժին: Ձեր ծրագիրը Ձեզ «Գործի խորացված կառավարման» ծառայություններ կտրամադրի: Առողջապահական ծրագրերի անդամների սպասարկման բաժինների ցուցակը կարելի է գտնել <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx> հասցեում:
- Եթե Դուք «Medi-Cal» կառավարվող բուժսպասարկման որևէ ծրագրի **անդամ չեք**, ապա «APS Healthcare»-ը կգանգահարի Ձեզ, կամ Դուք ինքներդ կարող եք զանգահարել «APS Healthcare»՝ 1-800-693-6735 հեռախոսահամարով: Նրանք Ձեզ «Գործի խորացված կառավարման» ծառայություններ կտրամադրեն:

«Medi-Cal»-ի կամ «Medicare»-ի իմ իրավասությունը որևէ փոփոխություն կրու՞մ է

Այս ծանուցումը չի ազդում «Medi-Cal»-ի կամ «Medicare»-ի այլ ծառայություններ ստանալու կամ դրանց իրավասության վրա:

Ի՞նչ անել, եթե ես համաձայն չեմ այս որոշման հետ

Նահանգային դատալսման (State Hearing) Ձեր իրավունքները

Եթե Դուք համաձայն չեք այս մերժման հետ, Դուք իրավունք ունեք բողոքարկելու այս որոշումը և State Hearing պահանջելու (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations): Նահանգային դատալսման (State Hearing) իրավունքների և «State Hearing» պահանջելու լավագույն եղանակի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք կարդալ կից «Նահանգային դատալսման Ձեր իրավունքները» և «Նահանգային դատալսման հայցը» թերթիկը:

Եթե Դուք CBAS-ի Ձեր իրավասության կապակցությամբ Department-ի կայացրած որոշման հարցով բողոքարկման հայց ներկայացնեք, գործի նայման ընթացքում Դուք CBAS ծառայություններ չեք ստանա, քանի որ CBAS-ը նոր ծրագիր է: Դրա փոխարեն, Ձեր գործի նայման ընթացքում Դուք «Գործի խորացված կառավարման» ծառայություններ կստանաք:

Ու՞մ զանգահարեմ հարցերի դեպքում

Եթե Դուք այս ծանուցման վերաբերյալ հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք, կամ եթե Ձեզ տեղեկություններ կամ օգնություն է հարկավոր բողոքարկման հայցը ներկայացնելու հարցում, խնդրում ենք զանգահարել Disability Rights California՝ (800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798 հեռախոսահամարով, կամ կարող եք գրել՝

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

Նահանգային դատալսման Ձեր իրավունքները

Նահանգային դատալսում (State Hearing) պահանջելու համար

- Դուք միայն 90 օր ունեք դատալսման հայց ներկայացնելու համար:
- 90 օրը սկսվում է այն օրվանից, երբ մենք Ձեզ փոստով ուղարկել ենք այս ծանուցումը:

Եթե Դուք հարգելի պատճառով ի վիճակի չեք եղել 90 օրվա ընթացքում դատալսման հայցը ներկայացնելու, Դուք դեռ կարող եք դիմել դատալսման համար: Եթե Դուք հարգելի պատճառ ներկայացնեք, դատալսումը կնշանակվի:

Օգնություն ստանալու համար

Եթե չեք ցանկանում միայնակ ներկայանալ դատալսմանը, կարող եք Ձեր բարեկամի, ազգականի, փաստաբանի կամ ցանկացած այլ անձի հետ միասին գալ: Ձեր տեղական իրավաբանական գրասենյակը կամ սոցիալական ապահովության իրավունքների խումբը կարող է Ձեզ անվճար իրավաբանական օգնություն տրամադրել:

Դատալսման Ձեր իրավունքների մասին տեղեկություններ կամ անվճար իրավաբանական օգնության ստանալու համար կարող եք դիմել՝ զանգահարելով ստորև նշված նահանգային տեղեկատվական հեռախոսահամարներով: Այդ համարները կարող են անընդհատ զբաղված լինել: Ավտոմատ հեռախոսավարը կարող է Ձեզ խնդրել ավելի ուշ զանգահարել:

Զանգահարեք անվճար՝ 1-800-952-5253
Եթե Դուք խուլ եք և օգտվում եք TDD-ից/TTY-ից, զանգահարեք 1-800-952-8349

Ինչպե՞ս նահանգային դատալսում պահանջել

Նահանգային դատալսում պահանջելու լավագույն եղանակն այս թերթիկի հակառակ կողմը լրացնելը և հետևյալ հասցեով ուղարկելն է.

Փոստային հասցե՝ California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430
Ֆաքս՝ 1-916-651-5210 կամ 1-916-651-2789 (Հասցեատեր՝ State Hearing Support)
Կարող եք նաև զանգահարել՝
Հեռախոս՝ 1-800-952-5253 կամ 1-800-743-8525
TDD/TTY: 1-800-952-8349

Ծանոթություն

«State Hearings Division»-ը չի կարող էլեկտրոնային փոստով նահանգային դատալսման հայցեր ընդունել:

Այլ տեղեկություններ

Դատալսման գործը: Եթե Դուք դատալսում պահանջեք, «State Hearing Office»-ը գործ կբացի: Դուք այդ գործին ծանոթանալու իրավունք ունեք: Նահանգը կարող է Ձեր գործը հանձնել «U.S. Department of Health and Human Services»-ին:

Նահանգային դատալսման հայց

Ես նահանգային դատալսում (State Hearing) եմ պահանջում՝ «Department of Health Care Services»-ի կողմից ընդունված որոշման կապակցությամբ

Անունը՝ _____

Հասցեն՝ _____

Փոստային ինդեքսը՝ _____

Հեռախոսը՝ _____

«Social Security Number»-ը կամ «Medi-Cal»-ի ID-ի համարը _____

(Եթե Դուք չտրամադրեք այդ համարը, Ձեր դատալսումը կարող է ուշանալ)

Ես համաձայն չեմ՝

☒ «Community-Based Adult Services»-ի (CBAS) իրավասության հարցում կայացված որոշման հետ:

Ահա թե ինչու

Ծանոթություն: Եթե հնարավոր է, այս թերթիկին կցեք «Որոշման մասին ծանուցման» (Notice of Action) մամակի օրինակը: Եթե Ձեզ հարկավոր է լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել, խնդրում ենք օգտագործել ստորև տրամադրված տեղը.

(Եթե Ձեզ ավելի շատ տեղ է հարկավոր, խնդրում ենք լրացուցիչ թերթ կցել: Պատճենահանեք այն՝ Ձեզ մոտ պահելու համար:)

Եթե չեք ցանկանում միայնակ ներկայանալ դատալսմանը, կարող եք Ձեզ հետ բերել Ձեր բարեկամին կամ որևէ այլ անձի:

Նշան դրեք բոլոր այն վանդակ(ներ)ում, որոնք վերաբերում են Ձեզ.

☐ 1 Ես ցանկանում եմ, որ ստորև նշված անձը ներկայացնի ինձ: Նա կարող է ծանոթանալ այս դատալսման հետ կապված իմ բժշկական տվյալներին, ներկայանալ դատալսմանը և խոսել իմ անունից:

Անունը՝ _____

Հեռախոսը՝ _____

Հասցեն՝ _____

☐ 2 Ինձ անվճար բանավոր թարգմանիչ է հարկավոր (դատալսման ժամանակ Ձեր ազգականը կամ բարեկամը չի կարող թարգմանել Ձեզ համար):

Իմ լեզուն է՝ _____

☐ 3 Ես ցանկանում եմ, որ դատալսումը հեռախոսով անցկացվի:

☐ 4 Ես ցանկանում եմ ներկայանալ դատալսմանը, և ինձ ADA-ի հետևյալ օժանդակ հարմարություններն են հարկավոր (օրինակ՝ անվասայլակի համար հարմարեցված, խոշորատառ տպագրություն):

☐ 5 **Շտապ:** Ինձ շտապ որոշում է հարկավոր, և ես չեմ կարող 90 օր սպասել: Խնդրում ենք բացատրել ներքևում.

Իմ ստորագրությունը _____

Ամսաթիվը՝ _____

Այս թերթիկը լրացնելուց հետո պատճենահանեք այն՝ Ձեզ մոտ պահելու համար: