



## 行動通知

### 不具備享受 **Community-Based Adult Services (CBAS)** 的資格

敬愛的:

我們寄信給您的目的是告訴您有關的重要資訊。經評估發現，您**沒有資格**享受 Community-Based Adult Services (CBAS)。您可以就此決定上訴。

CBAS是一項Medi-Cal 福利，將於2012年3月1日啓動 CBAS。允許Medi-Cal計劃中的合格人士在同一中心所在地得到熟練護理、社會服務、治療、個人護理、家庭/護理員培訓及支援、膳食、交通和個案管理等服務。因為Department of Health Care Services在*Darling, et al. v. Douglas, et al.*一案中簽訂了和解協議，所以Adult Day Health Care (ADHC) 服務將持續到2012年2月29日，CBAS 將在第二天啓動。您可以在線閱讀和解協定的詳細內容：  
<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>。

因為您在一個ADHC中心得到或最近得到過ADHC服務，我們對您享受CBAS的資格性進行了評估。DHCS護士已經與您見面（或已試圖與您見面），評估您享受CBAS的資格性。

**本行動通知的目的是告訴您 -- 經評估發現，您沒有資格享受CBAS是因為您：**

- 所需護理未達到「Nursing Facility Level of Care A」(NF-A)的護理要求；**或者**
- 沒有中度至重度的認知障礙，包括中度至重度Alzheimer症或其他癡呆症；**或者**
- 沒有發育性障礙；**或者**
- 沒有輕度至中度認知障礙，包括Alzheimer或癡呆症，**並且**在以下兩方面並不需要協助或監督：洗澡，穿衣，自主進食，如廁，下床活動，轉移，用藥管理，或衛生；**或者**
- 沒有慢性精神疾病或腦損傷，**並且**不需要在以下兩個方面得到協助或監督：洗澡，穿衣，自主進食，如廁，下床活動，轉移，用藥管理，及衛生；或符合以上一種及以下一種情況：資金管理、資源獲取、準備膳食及交通運輸。

欲瞭解更多關於CBAS享受資格標準，請在線閱讀和解協定詳細內容：  
<http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>。

### 那現在我該怎麼辦？

儘管您沒有資格得到CBAS，您還是有資格得到「強化個案管理服務」(Enhanced Case Management服務)，他們將幫您找到有關服務。

- 如果您**加入了** Medi-Cal管理護理計劃，您的計劃將給您打電話或您也可以給您的保健計劃會員服務部打電話。您的計劃將為您提供「強化個案管理服務」。查閱保健計劃會員服務部名單：  
<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx>
- 如果您**沒有加入** Medi-Cal管理護理計劃，APS Healthcare將給您打電話或您也可以給APS Healthcare打電話：1-800-693-6735。他們將為您提供「強化個案管理服務」。

### 這改變我享受Medi-Cal或Medicare的資格嗎？

本通知不影響您享受或接受其它Medi-Cal或Medicare服務的資格。

### 如果我不同意此決定怎麼辦？

#### 您可行使的州聽證(State Hearing)權利

如果您不同意此決定，您有權就此決定提出上訴，請求一次State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations)。請查閱隨附的「您可行使的州聽證權利」及「請求州聽證」表格，瞭解有關「州聽證(State Hearing)」權利以及申請一次State Hearing的最佳方式的更多資訊。

如果您就Department對您享受CBAS資格進行否決這一決定提出上訴，在您上訴期間，您將得不到CBAS服務，因為CBAS是一個新計劃。然而，在您上訴期間，您將得到「強化個案管理服務」。

### 如果我有疑問，我該給誰打電話？

如果您對本通知有任何疑問或疑慮，或想瞭解有關上訴的資訊或需要上訴申請方面的幫助，請撥打Disability Rights California電話：(800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798，或寫信至：

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

## 您可行使的州聽證權利

### 請求州聽證 (State Hearing)

- 您只有90天的時間請求一次聽證會。
- 這90天的時間是從我們寄出本通知以後的第二天開始算起。

如果您有正當理由說明在這90天內無法申請一次聽證會，您可能仍然可以申請聽證會。如果您提供正當理由，聽證會可能還是可以得到安排。

### 獲得幫助

如果您不希望獨自一人參加聽證會，您可以帶上一個朋友、親戚、律師或您選擇的任何一個人。您可能可以在您當地的法律援助辦公室或福利權利團體得到免費的法律幫助。

您可以撥打以下所列的州資訊電話，諮詢有關您聽證權利或免費的法律援助的資訊。這些電話可能會占線。您可能會聽到讓您一會兒再打來的留言。

免費電話： 1-800-952-5253  
如果您是聾啞人，請撥打TDD/TTY專線： 1-800-952-8349

### 如何申請州聽證會

請求聽證的最好方式是填寫此表背面的有關資訊，然後寄至：

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

您也可以撥打：  
電話： 1-800-952-5253或1-800-743-8525  
TDD/TTY: 1-800-952-8349

### 注意

State Hearings Division不受理通過電子郵件寄來的州聽證請求。

### 其他資訊

**聽證文件：**如果您申請一次聽證會，State Hearing Office將建檔。您有權閱讀這個文檔。州可能會將您的文檔交給U.S. Department of Health and Human Services。

### 請求州聽證

鑒於Department of Health Care Services做出的一項決定，我在此  
請求一次州聽證會(State Hearing)

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 郵編：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_

Social Security Number或Medi-Cal ID號碼：\_\_\_\_\_

(如果不提供該號碼，這可能會延誤您的聽證會)

我不同意：

沒有資格享受Community-Based Adult Services (CBAS)的決定

理由

注意：如果可能，請隨此表附上一份行動通知(Notice of Action)函的影本。如果您需要提供更多  
的資訊，請用下面的空白處：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(如果給您的空白不夠，請使用另外一張紙。複印一份以作記錄)

如果您不想獨自一人去參見聽證會，您可以帶上一個朋友或某人。

在方框中，勾選所有適合您的：

❶ 我想讓下述所列之人代表我。他/她可以查閱跟本次聽證會相關的我的醫療記錄，  
來參加聽證會並替我發言。

姓名：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

❷ 我需要一個免費的翻譯（親友不能在聽證會上擔任您的翻譯）。

我的母語或方言是：\_\_\_\_\_

❸ 我想得到一個電話聽證會。

❹ 我想參加聽證會，我需要下述ADA 照顧（比如：輪椅無障礙通道、大字體等）。

❺ 緊急情況。我需要一個快速決定，我等不了90天。請解釋如下：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

我的簽名 \_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

您填完本表以後，請複印一份以作記錄。