

اعلامیه اقدام عدم پذیرش صلاحیت برای (CBAS) Community-Based Adult Services

گرامی:

این نامه در ارتباط با اطلاعات مهمی برای آگاهی شما ارسال می گردد. شما صلاحیت برخورداری از Community-Based Adult Services (CBAS) را ندارید. شما می توانید درخواست تجدید نظر کنید.

CBAS جزء مزایای Medi-Cal است که از 1 مارس 2012 شروع می شود. CBAS به افراد واجد شرایط در برنامه Medi-Cal اجازه می دهد که فقط در یک محل از مراکزهای پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، تریابی و مراقبتهای شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/ درمان کننده، غذا، حمل و نقل، و مدیریت پرونده برخوردار شوند. به دلیل اینکه Department of Health Care Services با دعوی *Darling, et al. v. Douglas, et al.* به توافق رسیده است، (ADHC) Adult Day Health Care در 29 فوریه 2012 به پایان می رسد، و CBAS در روز بعد شروع خواهد شد. شما می توانید موافقتنامه توافق را آنلاین در نشانی <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx> مطالعه نمایید.

به علت اینکه اخیراً در یک مرکز ADHC خدمات ADHC دریافت می کردید یا می کنید، برای برخورداری از CBAS مورد ارزیابی قرار گرفتید. جهت ارزیابی صلاحیت شما برای CBAS، پرستاران DHCS با شما ملاقات کردند (یا سعی کردند با شما ملاقات کنند).

این اعلامیه اقدام به شما اطلاع می دهد که به دلائل ذیل برای برخورداری از CBAS واجد شرایط شناخته نشدید:

- برای داشتن صلاحیت برخورداری از "Nursing Facility Level of Care A" (NF-A) به اندازه کافی نیاز به پرستاری ندارید؛ یا
- دچار اختلال شناختی ملایم یا شدید نیستید، شامل نوع ملایم یا شدید بیماری Alzheimer یا بیماری دیگر زوال عقل؛ یا
- معلولیت یا اختلال رشدی ندارید؛ یا
- دچار اختلال شناختی ملایم یا شدید نیستید، شامل زوال عقل یا Alzheimer؛ و برای دومورد از موارد ذیل نیاز به کمک ندارید: حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، رفتن به توالت، حرکت، انتقال، مدیریت دارو، یا بهداشت؛ یا
- دچار بیماری مزمن روانی، یا صدمه مغزی نیستید و در ارتباط با حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، رفتن به توالت، حرکت، انتقال، مدیریت دارو، یا بهداشت نیاز به کمک یا نظارت ندارید؛ یا دچار بیماری مزمن روانی، یا صدمه مغزی نیستید و در ارتباط با حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، رفتن به توالت، حرکت، انتقال، مدیریت دارو، یا بهداشت نیاز به کمک یا نظارت ندارید؛ یا مشمول یکی از این موارد به علاوه یکی از موارد ذیل هستید: اداره پول، دسترسی به منابع، تهیه غذا، و رفت و آمد.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درخصوص داشتن صلاحیت برای CBAS، لطفاً به موافقتنامه آنلاین به نشانی <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx> مراجعه نمایید.

الان چه می شود؟

با وجود اینکه صلاحیت برخورداری از CBAS را ندارید، اما صلاحیت دریافت خدمات پیشرفته مدیریت پرونده (خدمات Enhanced Case Management) را دارید، که می تواند به شما در یافتن خدمات کمک کند.

- اگر در یک طرح مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal ثبت نام کردید، طرح تان با شما تماس خواهد گرفت و شما می توانید با خدمات اعضاء طرح های بهداشتی تماس بگیرید. طرح شما خدمات پیشرفته مدیریت پرونده به شما ارائه خواهد داد. فهرستی از طرحهای بهداشتی رامی توان در نشانی <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx> یافت.

- اگر در طرح مراقبت های مدیریت شده Medi-Cal ثبت نام نکردید، APS Healthcare با شما تماس خواهد گرفت، یا شما می توانید با APS Healthcare از طریق شماره تلفن 1-800-693-6735 تماس بگیرید. آنها خدمات پیشرفته مدیریت پرونده به شما ارائه خواهند داد.

آیا این امر صلاحیت برخورداری از Medi-Cal یا Medicare من تغییری ایجاد می کند؟
این اعلامیه در صلاحیت شما برای برخورداری از خدمات Medi-Cal یا Medicare تغییری ایجاد نمی کند.

اگر با این تصمیم موافق نباشم چه می شود؟

حقوق شما در ارتباط با دادرسی ایالتی (State Hearing)

اگر با این عدم پذیرش موافق نیستید، حق دارید که درخواست استیناف و تقاضای State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations) کنید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر درخصوص حقوق دادرسی ایالتی (State Hearing) و بهترین روش تقاضای State Hearing به "حقوق دادرسی ایالتی شما" و فرم "تقاضای دادرسی ایالتی" مراجعه نمایید.

اگر در مورد تعیین عدم صلاحیت تان توسط Department درخصوص CBAS درخواست تجدید نظر کنید، در مدت زمان رسیدگی به این دادرسی خدمات CBAS دریافت نخواهید کرد، زیرا CBAS یک برنامه جدید است. در عوض، در طی مدت زمان رسیدگی به درخواست تجدید نظر شما، خدمات مدیریت پرونده پیشرفته دریافت خواهید کرد.

اگر سوالی داشتیم با چه کسی باید تماس بگیرم؟

اگر سوال یا نگرانی در مورد این اعلامیه داشتید، یا برای پر کردن مدارک مربوط به تقاضای تجدید نظر نیاز به اطلاعات یا کمک داشتید، لطفاً با Disability Rights California به شماره (800) 776-5746، TDD/TTY (800) 719-5798 تماس بگیرید، یا به نشانی ذیل بنویسید:

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

حقوق شما در ارتباط با رسیدگی ایالتی

برای تقاضای جلسه رسیدگی ایالتی (State Hearing)

- شما فقط 90 روز فرصت دارید تا تقاضای جلسه رسیدگی کنید.
 - این 90 روز از روزی شروع می شود که اعلامیه به شما ارسال شده است.
- اگر دلیل موجه ای دارید برای اینکه نتوانستید طی 90 روز تقاضای جلسه رسیدگی کنید، کماکان می توانید تقاضای جلسه رسیدگی کنید. اگر دلیل موجه ای را ارائه کنید، کماکان تاریخی برای رسیدگی تعیین خواهد شد.

برای دریافت کمک

اگر نمی خواهید تنها در جلسه رسیدگی حضور داشته باشید، می توانید دوست، فامیل، وکیل، یا هر شخصی که می خواهید را به همراه خود بیاورید. می توانید در دفتر محلی کمکهای حقوقی یا گروه مسئول حقوق مربوط به کمکهای اجتماعی کمک رایگان حقوقی دریافت کنید.

شما می توانید از طریق شماره های ایالتی ذیل در مورد حقوق مربوط به دادرسی ایالتی یا کمکهای حقوقی رایگان جویا شوید. این شماره ها ممکن است مدام اشغال باشند. ممکن است پیامی دریافت کنید که از شما بخواهد که دیرتر تماس بگیرید.

با این شماره رایگان تماس بگیرید: 1-800-952-5253
اگر دچار مشکل شنوایی هستید از TDD/TTY استفاده کنید و با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید.

چگونه می توان تقاضای جلسه رسیدگی ایالتی کرد

بهترین روش برای تقاضای جلسه رسیدگی پرکردن پشت این فرم و ارسال آن به نشانی ذیل است:

نشانی: California Department of Social Services

State Hearings Division

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

Sacramento, CA 94244-2430

فکس: 1-916-651-5210 یا 1-916-651-2789 (توجه: State Hearing Support)

شما همچنین می توانید با شماره ذیل تماس بگیرید:

تلفن: 1-800-952-5253 یا 1-800-743-8525

TDD/TTY: 1-800-952-8349

توجه

State Hearings Division نمی تواند درخواستهای جلسه دادرسی را از طریق ایمیل قبول کند.

سایر اطلاعات

پرونده دادرسی: اگر تقاضای جلسه دادرسی کنید، State Hearing Office پرونده ای راتشکیل خواهد داد. شما حق مرور این پرونده را دارید. ایالت ممکن است پرونده شما را به U.S. Department of Health and Human Services ارجاع دهد.

تقاضای جلسه دادرسی ایالتی

به دلیل اقدام یا تصمیم Department of Health Care Services من تقاضای جلسه دادرسی (State Hearing) می کنم

نام:

نشانی:

کد پستی:

تلفن:

Social Security Number یا شماره Medi-Cal ID:

(اگر این شماره ارائه نشده باشد ممکن است در جلسه دادرسی شما تاخیر ایجاد شود)

من در ارتباط با مورد ذیل موافق نیستم:

☒ تعیین عدم صلاحیت برخورداری از Community-Based Adult Services (CBAS)

دلیل این امر بدین شرح است

توجه: در صورت امکان، یک نسخه از نامه اعلامیه اقدام (Notice of Action) را به این فرم ضمیمه کنید. در صورتیکه باید اطلاعات بیشتری را ارائه دهید، لطفاً از فضای ذیل استفاده نمایید:

(اگر نیاز به فضای بیشتری دارید، لطفاً از یک صفحه جداگانه استفاده کنید. از مدارک ارسال شده کپی بگیرید و نگهداری کنید)

اگر نمی خواهید تنها در جلسه رسیدگی حضور داشته باشید، می توانید دوست، فامیل، وکیل، یا هر شخصی که می خواهید را به همراه خود بیاورید.

مربع های مربوط به خود را تیک بزنید:

☐ 1 من از شخص نامبرده در ذیل می خواهم که به نمایندگی از من حضور داشته باشد. او می تواند سوایق یا پرونده پزشکی مربوط به این جلسه رسیدگی را دیده، در جلسه دادرسی حضور پیدا کند، و به جای من صحبت کند.

شماره تلفن:

نام:

نشانی:

☐ 2 من نیاز به یک مترجم شفاهی رایگان دارم (فامیل یا یک دوست نمی تواند در جلسه دادرسی برای شما ترجمه کند). زبان یا گویش من:

☐ 3 من مایلم تقاضای دادرسی تلفنی کنم.

☐ 4 من می خواهم در جلسه دادرسی حضور داشته باشم و نیاز به وسائل راحتی ADA ذیل دارم (به عنوان مثال دسترسی پذیری با صندلی چرخدار، چاپ درشت).

☐ 5 مورد اضطراری. من نیاز به تصمیمی فوری دارم و نمی توانم 90 روز صبر کنم. لطفاً در ذیل توضیح دهید:

تاریخ:

امضاء من

پس از تکمیل این فرم از آن کپی بگیرید و برای خود نگهدارید.