



THÔNG BÁO VỀ QUYẾT ĐỊNH

Từ chối cho phép hội đủ điều kiện nhận Community-Based Adult Services (CBAS)

Kính gửi:

Chúng tôi gửi thư này để thông báo cho quý vị thông tin quan trọng. Quý vị được thấy là **không hội đủ điều kiện** nhận Community-Based Adult Services (CBAS). Quý vị có thể kháng cáo quyết định này.

CBAS là phúc lợi Medi-Cal bắt đầu từ ngày 1 tháng Ba, 2012. CBAS cho phép những người hội đủ điều kiện trong chương trình Medi-Cal nhận dịch vụ chăm sóc điều dưỡng lành nghề, các dịch vụ xã hội, trị liệu, chăm sóc cá nhân, trợ giúp và huấn luyện gia đình/người chăm sóc, ăn uống, đi lại, và quản lý hồ sơ tại một địa điểm trung tâm. Vì Department of Health Care Services có ký thỏa thuận thương lượng dàn xếp trong vụ kiện *Darling, et al. v. Douglas, et al.*, Adult Day Health Care (ADHC) sẽ chấm dứt vào ngày 29 tháng Hai, 2012, và CBAS sẽ bắt đầu vào ngày hôm sau. Quý vị có thể đọc bản thỏa thuận thương lượng dàn xếp này trên mạng trực tuyến tại <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Quý vị đã được đánh giá tình trạng hội đủ điều kiện nhận CBAS vì quý vị được nhận, hoặc vừa mới được nhận các dịch vụ ADHC tại một trung tâm ADHC. Các y tá DHCS đã gặp quý vị (hoặc đã tìm cách gặp quý vị) để đánh giá tình trạng hội đủ điều kiện nhận CBAS của quý vị.

Thông Báo Quyết Định này cho quý vị biết rằng quý vị được thấy là không hội đủ điều kiện nhận CBAS bởi vì quý vị:

- Không cần dịch vụ điều dưỡng tới mức hội đủ điều kiện “Nursing Facility Level of Care A” (NF-A); **hoặc**
- Không có tình trạng suy yếu nhận thức ở mức độ vừa phải tới nghiêm trọng, trong đó bao gồm cả bệnh Alzheimer ở mức độ vừa phải tới nghiêm trọng hoặc chứng bệnh mất trí khác; **hoặc**
- Không có tình trạng khuyết tật về phát triển; **hoặc**
- Không có tình trạng khuyết tật về nhận thức từ nhẹ tới vừa phải, trong đó bao gồm cả bệnh Alzheimer hoặc bệnh mất trí VÀ cần người trợ giúp hoặc giám sát thực hiện hai trong số các sinh hoạt sau đây: tắm, mặc quần áo, tự ăn uống, đi vệ sinh, đi lại, di chuyển, quản lý thuốc men, hoặc vệ sinh; **hoặc**

- Không mắc bệnh tâm thần mãn tính hoặc tổn thương não VÀ cần người trợ giúp hoặc giám sát thực hiện hai trong số các sinh hoạt sau đây: tắm, mặc quần áo, tự ăn uống, đi vệ sinh, đi lại, di chuyển, quản lý thuốc men, và vệ sinh; HOẶC một nhu cầu trong danh sách ở trên và một trong các nhu cầu sau đây: quản lý tiền bạc, tiếp cận các nguồn trợ giúp, chuẩn bị bữa ăn, và chuyên chở.

Để biết thêm thông tin về tiêu chí hội đủ điều kiện nhận CBAS, vui lòng xem bản thỏa thuận thương lượng dân xếp trên mạng trực tuyến tại <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx>.

Bây giờ thì sao?

Mặc dù quý vị không hội đủ điều kiện nhận CBAS, **quý vị vẫn hội đủ điều kiện nhận các dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ Tăng Cường (các dịch vụ Enhanced Case Management), và việc này sẽ giúp quý vị tìm được các dịch vụ.**

- Nếu quý vị **tham gia** một chương trình điều quản y tế của Medi-Cal, chương trình của quý vị sẽ gọi cho quý vị hoặc quý vị có thể gọi ban dịch vụ hội viên của chương trình y tế của quý vị. Chương trình của quý vị sẽ cung cấp các dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ Tăng Cường cho quý vị. Quý vị có thể xem danh sách ban dịch vụ hội viên của chương trình sức khỏe ở đây <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx>
- Nếu quý vị hiện **không tham gia** một chương trình điều quản y tế Medi-Cal, APS Healthcare sẽ gọi cho quý vị hoặc quý vị có thể gọi APS Healthcare tại số 1-800-693-6735. Họ sẽ cung cấp các dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ Tăng Cường cho quý vị.

Việc này có thay đổi tình trạng hội đủ điều kiện nhận Medi-Cal hoặc Medicare của tôi không?

Thông Báo này không ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện hoặc việc nhận các dịch vụ Medi-Cal hoặc Medicare khác của quý vị.

Nếu tôi không đồng ý với quyết định đó thì sao?

Các Quyền Điều Trần Cấp Tiểu Bang (State Hearing) của quý vị

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định từ chối này, quý vị có quyền kháng cáo quyết định đó và yêu cầu một State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations). Vui lòng xem mẫu điền “*Các Quyền Điều Trần cấp Tiểu Bang của Quý Vị*” và “*Yêu Cầu Điều Trần Cấp Tiểu Bang*” để biết thêm thông tin về các quyền liên quan tới Điều Trần Cấp Tiểu Bang (State Hearing) và cách thích hợp nhất để xin một State Hearing.

Nếu quý vị kháng cáo quyết định của Department về việc quý vị không hội đủ điều kiện nhận CBAS, quý vị sẽ không được nhận các dịch vụ CBAS trong thời gian kháng cáo bởi vì CBAS là một chương trình mới. Thay vào đó, quý vị sẽ được nhận các dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ Tăng Cường trong thời gian quý vị kháng cáo.

Tôi nên gọi cho ai nếu có thắc mắc?

Nếu quý vị có thắc mắc hay ưu tư về thông báo này, hoặc nếu quý vị muốn biết thêm thông tin hoặc cần giúp đỡ thêm trong việc gửi kháng cáo, vui lòng gọi Disability Rights California tại số (800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798, hoặc quý vị có thể gửi thư tới:

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

Các Quyền Điều Trần Cấp Tiểu Bang của Quý Vị

Để Xin một buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang (State Hearing)

- Quý vị chỉ có 90 ngày để xin một buổi điều trần.
- 90 ngày này bắt đầu từ ngày sau khi chúng tôi gửi thông báo này qua đường bưu điện.

Nếu quý vị có lý do chính đáng cho việc không thể nộp đơn xin điều trần trong thời gian 90 ngày đó, quý vị vẫn có thể nộp đơn xin điều trần. Nếu quý vị cho biết lý do chính đáng, một buổi điều trần có thể vẫn được sắp xếp.

Để được giúp đỡ

Nếu quý vị không muốn tham dự buổi điều trần một mình, quý vị có thể đi cùng một người bạn, họ hàng thân thích, luật sư, hoặc bất kỳ ai khác mà quý vị lựa chọn. Quý vị có thể được trợ giúp pháp lý miễn phí tại văn phòng trợ giúp pháp lý hoặc nhóm bảo vệ quyền hưởng phúc lợi tại địa phương.

Quý vị có thể hỏi về quyền điều trần của quý vị hoặc dịch vụ trợ giúp pháp lý miễn phí tại các số điện thoại cung cấp thông tin của tiểu bang dưới đây. Các số điện thoại này có thể rất bận. Quý vị có thể nhận được thông báo yêu cầu gọi lại sau.

Gọi Số Điện Thoại Miễn Phí: 1-800-952-5253
Nếu quý vị bị điếc và sử dụng TDD/TTY, xin gọi: 1-800-952-8349

Cách thức xin một buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Cách tốt nhất để xin một buổi điều trần là điền mặt sau của mẫu đơn này và gửi cho:

Qua đường bưu điện: 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 hoặc 1-916-651-2789 (Gửi: State Hearing Support)

Quý vị cũng có thể gọi:

Điện thoại: 1-800-952-5253 hoặc 1-800-743-8525

TDD/TTY: 1-800-952-8349

Lưu ý

State Hearings Division không chấp nhận các trường hợp gửi đơn xin điều trần cấp tiểu bang qua email.

Thông tin khác

Hồ sơ điều trần: Nếu quý vị muốn xin một buổi điều trần, State Hearing Office sẽ lập một hồ sơ. Quý vị có quyền xem hồ sơ này. Tiểu Bang có thể đưa hồ sơ của quý vị cho U.S. Department of Health and Human Services.

Đơn Xin Điều Trần Cấp Tiểu Bang

Tôi muốn xin một buổi Điều Trần Cấp Tiểu Bang (State Hearing)
do một quyết định của Department of Health Care Services

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số zip code: _____

Điện thoại: _____

Số Social Security Number hoặc Medi-Cal ID: _____

(Buổi điều trần của quý vị có thể bị trì hoãn nếu quý vị không cho biết số này)

Tôi không đồng ý với:

☒ Quyết định về tình trạng không hội đủ điều kiện nhận Community-Based Adult Services (CBAS)

Sau đây là lý do

Lưu ý: Nếu có thể được, hãy gửi kèm theo một bản sao của thư Thông Báo Quyết Định (Notice of Action) với mẫu đơn này. Nếu quý vị cần cung cấp thêm thông tin, vui lòng viết vào phần trống ở dưới:

(Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, vui lòng viết vào một tờ giấy khác. Giữ một bản để lưu)

Nếu quý vị không muốn tới buổi điều trần một mình, quý vị có thể đi cùng với một người bạn hoặc người khác.

Đánh dấu bất kỳ (các) ô nào thích hợp cho quý vị:

☐ ❶ Tôi muốn người có tên dưới đây đại diện cho tôi. Ông ta/bà ta có thể xem hồ sơ bệnh án của tôi liên quan tới buổi điều trần này, tới dự buổi điều trần, và phát biểu thay cho tôi.

Tên: _____

Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

☐ ❷ Tôi cần thông dịch viên miễn phí (họ hàng thân thích hoặc bạn bè không được phép thông dịch cho quý vị tại buổi điều trần).

Ngôn ngữ hoặc phương ngữ của tôi là: _____

☐ ❸ Tôi muốn có một buổi điều trần qua điện thoại.

☐ ❹ Tôi muốn tham dự buổi điều trần và tôi cần các phương tiện trợ giúp đặc biệt theo luật ADA sau đây (ví dụ, nơi có thể tiếp nhận xe lăn, tài liệu dạng bản in khổ lớn).

☐ ❺ **Khẩn cấp.** Tôi cần biết quyết định nhanh chóng và không thể chờ 90 ngày. Vui lòng giải thích ở dưới:

Chữ ký của tôi _____

Ngày: _____

Sau khi quý vị điền mẫu đơn này, hãy sao chụp và giữ lại để lưu.