

ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԲՈՒԺՍՊՊԱՍԱՐԿՄԱՆ
ԿԱՊԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ՆԱՅԱՆԳԱՅԻՆ ԴԱՏԱԼՍՄԱՆ
ՅԱՅՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ
(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A
MANAGED CARE DENIAL)

Դուք կարող եք Նահանգային դատախոսամասին պահանջել՝ զանգահարելով **1-800-743-8525**: **TDD-ից օգտվողները կարող են զանգահարել 1-800-952-8349**: Դատախոսման հայց կարող եք ներկայացնել նաև հետևյալ ձևերով.

- Կարող եք դատախոսման **ԱՌՑԱՆՑ** պահանջել՝ **WWW.CDSS.CA.GOV** հասցեով:
- Կարող եք լրացնել այս ձևաթուղթը և **ՖԱՔՍՈՎ** ուղարկել Նահանգային դատախոսման բաժանմունք՝ **916-309-3487** համարով կամ **1-833-281-0903** անվճար համարով:
- Կարող եք լրացնել այս թերթիկը և **ԷԼ ՓՈՍՏՈՎ** ուղարկել **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV** հասցեով:
- **(Ծանոթություն.** Եթե էլ. փոստով ուղարկեք, ինդրում ենք նկատի ունենալ այն հանգամանքը, որ *State Hearings Division*-ից տարբեր որևէ այլ անձի կողմից Ձեր հաղորդագրությունը ստանալու վտանգ կա:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Խնդրում ենք մտածել Ձեր հայցն ուղարկելու
ավելի ապահով եղանակ օգտագործելու
մասին:)

- Կարող եք նաև **ՓՈՍՏՈՎ** ուղարկել
Նահանգային դատալսման Ձեր հայցը՝

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

**Այս ձևաթուղթը լրացնելու հարցում անվճար
օգնություն ստանալու համար զանգահարեք
իրավաբանական օգնության
հեռախոսահամարով, որը նշված է կից
ուղարկված «Ձեր իրավունքները» ծանուցման
(‘Your Rights’ Notice) մեջ:**

**Ես համաձայն չեմ իմ բուժսպասարկման
վերաբերյալ ընդունված որոշման հետ: Նշեք
այն բուժումը, դեղը, սարքավորումը կամ
ծառայությունը, որը բժիշկը պահանջել է: Ես
համաձայն չեմ, որովհետև՝**

(Եթե Ձեզ լրացուցիչ տեղ է հարկավոր, մեկ այլ թղթի վրա գրեք և կցեք այս ձևաթղթին:)

**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ
ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼ
ՆՊԱՍՏԱՌՈՒԻ ՄԱՍԻՆ**

(Սա այն անձն է, որին մերժվել են բժշկական նպաստները:)

ԱՆՈՒՆԸ՝

ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝

ՀԱՍՑԵՆ (որտեղ կարող եք նամակներ ստանալ)՝

ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ՝

Դուք մեզ թույլ տալի՞ս եք Ձեզ հետ հաղորդակցվել էլ. փոստով: [] ԱՅՈ [] ՈՉ

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Եթե այո, ո՞րն է Ձեր **ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ
ՀԱՍՑԵՆ՝** _____

Խնդրում եմք նշել Ձեր **Medi-Cal-ի BIC քարտի
համարը և/կամ Ձեր Սոցիալական
ապահովության համարը**, եթե ունեք:

Դուք ստանում եք Ուղղակի Medi-Cal (**Fee for
Service**) կամ **Կառավարվող բուժսպասարկում
(Managed Care)**:

Եթե **Կառավարվող բուժսպասարկում**, ինչպե՞ս է
կոչվում Ձեր **ԱՌՈՂՋԱՊԱՀԱԿԱՆ ԾՐԱԳԻՐԸ՝**

**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ԲՈԼՈՐ ԱՅՆ
ՀԱՐՅԵՐԻՆ, ՈՐՈՆՔ ՎԵՐԱԲԵՐՈՒՄ ԵՆ
ՆՊԱՍՏԱՌՈՒԻՆ**

Իմ բժիշկը խնդրել է այս առողջապահական
նպաստն այս օրը՝

Առողջապահական ծրագիրը մերժել է այս
առողջապահական նպաստն այս օրը՝

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Ես այս գործի վերաբերյալ բողոքարկման հայց եմ ներկայացրել Առողջապահական ծրագրին՝

ԱՅՈ [] **նշեք ամսաթիվը** _____ ՈՉ []

Առողջապահական ծրագիրը պատասխանել է բողոքարկման հայցին՝

ԱՅՈ [] **նշեք ամսաթիվը** _____ ՈՉ []

Դուք Առողջապահական ծրագրին խնդրե՞լ եք, որ հայցն արագացված կարգով (72 ժամում) քննվի:

[] ԱՅՈ [] ՈՉ

Առողջապահական ծրագիրը հայցի

կապակցությամբ որոշումը 72 ժամում է ընդունել:

[] ԱՅՈ [] ՈՉ

ԻՆՁ ԱՆՐԱԺԵՇՏ ԵՆ ՅԵՏԵՎՅԱԼՆԵՐՆ ԻՄ

ԴԱՏԱԼՍՄԱՆ ՅԱՄԱՐ (նշան դրեք

վանդակներում, եթե դրանք վերաբերում են Ձեզ)

- Ինձ անհրաժեշտ է Արագացված դատալսում, քանի որ իմ իրավիճակը հրատապ է:** Իմ գործի վերաբերյալ հարկավոր է շատ արագ որոշում կայացնել, և ես չեմ կարող մինչև 90 օր սպասել: Ահա, թե ինչ կկատարվի, եթե արագ որոշում չկայացվի.

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

ԲԱՑԱՏՐԵՔ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ ՉԵՔ ԿԱՐՈՂ ՍՊԱՍԵԼ ՄԻՆՉԵՎ 90 ՕՐ: Եթե չբացատրեք, Ձեր գործի կապակցությամբ արագացված որոշում չի կայացվի, և այն կքննվի սովորական ժամկետներում: Դուք կարող եք Ձեր բժշկի կամ ծրագրի կողմից տրված նամակ ուղարկել՝ բացատրելով, թե ինչու չեք կարող սպասել:

- Չընդհատվող ծառայություններ / գործի քննության ընթացքում**
տրամադրվող օգնություն: Խնդրում եմ շարունակել իմ բուժումը մինչև դատավորը որոշում կայացնի իմ գործի կապակցությամբ: (Նկարագրեք այն բուժումը, որը ցանկանում եք շարունակել և նշեք **ամսաթիվը, երբ ծրագիրը դադարեցրել է կամ նախատեսում է դադարեցնել այն**)`

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- Ինձ անվճար բանավոր թարգմանիչ է հարկավոր:** Իմ լեզուն կամ բարբառն է՝

- Ես հաշմանդամություն ունեմ, և ինձ համապատասխան հարմարանք է հարկավոր,** որպեսզի կարողանամ մասնակցել դատալսմանը: Ինձ անհրաժեշտ հարմարանք(ներ)ն է/են՝

- Ես ուզում եմ, որ իմ փոխարեն մեկ այլ անձ հանդես գա (ինձ ներկայացնի) դատալսման ժամանակ:** Նա կարող է ծանոթանալ այս դատալսման հետ առնչվող իմ բժշկական տվյալներին և ներկայանալ դատալսմանը: Այն անձը, որին ես ընտրել եմ, որ հանդես գա իմ անունից՝

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Անունը՝

Հեռախոսահամարը՝

Հասցեն՝

Իմ ստորագրությունը՝

Այսօրվա ամսաթիվը՝

ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹՆ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԱՅՆ ՆԱՄԱԿԻ
(ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՀԱՅՑԻ ԿԱՊԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ
ԿԱՅԱՑՎԱԾ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ)
ՊԱՏՃԵՆԻ ՀԵՏ ՄԻԱՍԻՆ, ՈՐԸ ՍՏԱՑԵԼ ԵՔ ՁԵՐ
ԾՐԱԳՐԻՑ, ԵԹԵ ԱՅՆ ԿԱ ՁԵՉ ՄՈՏ: (ԵԹԵ
ՑԱՆԿԱՆՈՒՄ ԵՔ ՁԵՉ ՄՈՏ ՈՒՆԵՆԱԼ ԱՅՍ
ՁԵՎԱԹՂԹԻ ՕՐԻՆԱԿՆ, ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒՑ ԱՌԱՋ
ՊԱՏՃԵՆԱՅԱՆԵՔ ԱՅՆ:)