FORM PARA MAGSAMPA NG PAGDINIG NG ESTADO MULA SA PAGTANGGI NG PINAMAMAHALAANG PAG-AALAGA (FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A MANAGED CARE DENIAL)

Maaari kang humingi ng Pagdinig sa Estado sa pamamagitan ng pagtawag sa: **1-800-743-8525**. **Mga gumagamit ng TDD, tumawag sa 1-800-952-8349**. Maaari ka ring humiling ng pagdinig sa mga sumusunod na paraan:

- Maaari kang humiling ng pagdinig **ONLINE** sa **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Maaari mong punan ang form na ito at **I-FAX** ito sa State Hearings sa **916-309-3487** o toll-free sa **1-833-281-0903**
- Maaari mong punan ang form na ito at **I-EMAIL** ito sa State Hearings sa **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- **(Tandaan:** Kapag pinadala mo ito sa pamamagitan ng email, *mangyaring unawain na may peligro na may taong maliban sa State Hearings Division ang maaaring makakuha ng iyong email. Mangyaring pag-isipang gumamit ng mas ligtas na paraan sa pagpapadala ng*

kahilingan mo.)

- Maaari mo ring **I-MAIL** ang Kahilingan sa Pagdinig ng Estadong ito **sa:**

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

Para sa libreng tulong na punan ang form na ito, tumawag sa numero ng telepono ng legal na tulong na nakalista sa nakakalip na Abisong 'Mga Karapatan Mo' ('Your Rights' Notice)

Hindi ako sang-ayon sa desisyon tungkol sa pag-aalaga sa kalusugan ko. Isaad ang paggamot, gamot, kagamitan, o serbisyo na hiniling ng doktor. Tumatanggi ako dahil:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Kung kailangan mo pa ng espasyo, gumamit ng isa pang piraso ng papel at ilakip ito dito.)

PAKILAAN ANG IMPORMASYONG ITO TUNGKOL SA BENEPISYARYO
(Ito ang taong natanggihan ng mga medikal na benepisyo)

PANGALAN: _____

PETSA NG KAPANGANAKAN: _____

ADDRESS (Saan ka nakakatanggap ng sulat):

_____

_____

NUMERO NG TELEPONO:

_____

Mayroon ba kaming pahintulot mong makipagkomunika sa iyo sa pamamagitan ng email?
[ ] OO [ ] HINDI

Kung Oo, ano ang iyong **EMAIL ADDRESS:**

_____

Pakibigay ang iyong **Medi-Cal BIC na Numero ng Card at /o Social Security Number** kung mayroon ka: _____

Mayroon ka bang Straight Medi-Cal (**Fee for Service**) o **Managed Care**? _____

Kung **Managed Care**, ano ang **pangalan ng iyong PLANONG PANGKALUSUGAN**:

_____

PAKISAGUTAN ANG BAWAT TANONG NA MAILALAPAT SA BENEPISYARYO

Hiniling ng Doktor ko ang benepisyong pangkalusugang ito sa petsang ito:

_____

Tinanggihan ng Planong Pangkalusugan ang benepisyong pangkalusugang ito sa petsang ito:

_____

Inapela ko ang kaso sa Planong Pangkalusugan:
OO [ ] **Sa anong petsa**? _____ HINDI [ ]

Nagbigay ang Planong Pangkalusugan ng sagot sa apela:
OO [ ] **Sa anong Petsa?** _____ HINDI [ ]

Humingi ka ba sa Planong Pangkalusugan ng pinabilis na (72 Oras) na apela?
[ ] OO [ ] HINDI

Nagpasya ba ang Planong Pangkalusugan ng apela sa 72 Oras? [ ] OO [ ] HINDI

KAILANGAN KO ANG MGA ITO PARA SA PAGDINIG KO (Tsekan ang mga Kahon na ito kung mailalapat ito sa iyo):

☐ **Kailangan ko ng Pinabilis na Pagdinig dahil ang sitwasyon ko ay nagmamadali.** Ang kaso ko ay dapat mapagpasyahan nang napakabilis at hindi ako makakahintay ng hanggang 90 araw. Ito ang mangyayari nang walang mabilis na pagpasya:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IPALIWANAG KUNG BAKIT HINDI KA MAKAKAHINTAY NG HANGGANG 90 ARAW. **Kapag hindi ka nagpaliwanag, ang kaso mo ay hindi pabibilisin ay ii-iskedyul** sa karaniwang kalendaryo. Maaari kang magsumite ng liham mula sa iyong doktor o plano para ipakita kung bakit hindi ka makakahintay.

☐ **Mga Ipinagpatuloy na Serbisyo / Nakabinbing Bayad na Tulong: Mangyaring ipagpatuloy ang paggamot ko** hanggang napagpasyahan ng Huwes ang aking kaso. (Ilarawan ang paggamot na gusto mong ipagpatuloy at sabihin **kung anong petsa hininto ito ng plano** o **balak itong ihinto**):

_____

_____

_____

_____

☐ **Gusto ko ng Libreng Interpreter**. Ang aking wika o dialect ay: _____

☐ **Mayroon akong kapansanan at nais ng makatwirang accommodation para tulungan ako sa paglahok sa aking pagdinig.** Ang (mga) accommodation na gusto ko ay:

_____

_____

_____

_____

☐ **Gusto kong may ibang taong magsalita para sa akin (maging kinatawan ko) sa pagdinig.** Maaari niyang makita ang aking mga medikal na tala na kaugnay ng pagdinig na ito at dumalo sa aking pagdinig. Ang taong napili ko para magsalita para sa akin ay:

Pangalan: _____

Numero ng telepono: _____

Address:

_____

_____

Aking lagda: _____

Petsa Ngayon: _____

IPADALA ANG FORM NA ITO KASAMA ANG KOPYA NG LIHAM (ABISO NG RESOLUSYON NG APELA) NA NATANGGAP MO MULA SA PLANO MO KUNG MAYROON KA NITO. (KUNG GUSTO MO NG KOPYA NG FORM NA ITO PARA SA SARILI MO, KOPYAHIN ITO BAGO MO ITO IPADALA.)