

**ԿԱՌԱՎԱՐՎՈՂ ԲՈՒԺՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԿԱՊԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ  
ՆԱԳԱՆԳԱՅԻՆ ԴԱՏԱԼՍՄԱՆ ՀԱՅՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ  
(FORM TO FILE A STATE HEARING FROM A MANAGED CARE DENIAL)**

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

- Կարող եք դատախազին **ԱՌՑԱՆՑ** պահանջել՝ **WWW.CDSS.CA.GOV** հասցեով:
- Կարող եք լրացնել այս ձևաթուղթը և **ՖԱԶՍՈՎ** ուղարկել Նահանգային դատախազի 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, խնդրում ենք նկատի ունենալ այն հանգամանքը, որ *State Hearings Division*-ից տարբեր որևէ այլ անձի կողմից Ձեր հաղորդագրությունը ստանալու վտանգ կա: Խնդրում ենք մտածել Ձեր հայցն ուղարկելու ավելի ապահով եղանակ օգտագործելու մասին:)
- Կարող եք նաև **ՓՈՍՏՈՎ** ուղարկել Նահանգային դատախազի 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 բժշկը 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 ՆՊԱՍԱՌՈՒԻ ՄԱՍԻՆ**  
(Սա այն անձն է, որին մերժվել են բժշկական նպաստները:)

**ԱՆՈՒՆԸ`** \_\_\_\_\_

**ՇՆՆԴՅԱԼ ԱՄՍԱԹԻՎԸ`** \_\_\_\_\_

**ՀԱՍՑԵՆ (որտեղ կարող եք նամակներ ստանալ)`** \_\_\_\_\_

**ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ`** \_\_\_\_\_

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

Եթե այո, ո՞րն է Ձեր **ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵՆ`** \_\_\_\_\_

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

Դուք ստանու՞մ 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 ՀԱՐՑԵՐԻՆ. ՈՐՈՆՔ ՎԵՐԱԲԵՐՈՒՄ ԵՆ ՆՊԱՍԱՌՈՒԻՆ**

Իմ բժիշկը խնդրել է այս առողջապահական նպաստն այս օրը` \_\_\_\_\_

Առողջապահական ծրագիրը մերժել է այս առողջապահական նպաստն այս օրը` \_\_\_\_\_

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 ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ ԵՆ ՀԵՏԵՎՅԱԼՆԵՐՆ ԻՄ ԴԱՏԱԼՍՄԱՆ ՀԱՄԱՐ (նշան դրեք**

**վանդակներում, եթե դրանք վերաբերում են Ձեզ)**

**Ինձ անհրաժեշտ է Արագացված դատախոսում, քանի որ իմ հրավիճակը 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.

---

---

---

***ԲԱՑԱՏՐԵՔ, ԹԵ ԻՆՉՈՒ ԶԵՔ ԿԱՐՈՂ ՄՊԱՍԵԼ 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**)`

---

---

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

---

**Ես հաշմանդամություն ունեմ, և ինձ համապատասխան հարմարանք է հարկավոր,** որպեսզի կարողանամ մասնակցել դատախոսմանը: 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՝

Անունը՝ \_\_\_\_\_ Հեռախոսահամարը՝ \_\_\_\_\_

Հասցեն՝ \_\_\_\_\_

Իմ ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_ Այսօրվա ամսաթիվը՝ \_\_\_\_\_

**ԱՅՍ ԶԵՎԱԹՈՒՂԹՆ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԱՅՆ ՆԱՄԱԿԻ (ԲՈՂՈՔԱՐԿՄԱՆ ՀԱՅՑԻ ԿԱՊԱԿՑՈՒԹՅԱՄԲ ԿԱՅԱՑՎԱԾ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՄԱՆ) ՊԱՏՃԵՆԻ ՀԵՏ ՄԻԱՍԻՆ, ՈՐԸ ՄՏԱՅԵԼ ԵՔ ՁԵՐ ԾՐԱԳՐԻՑ, ԵԹԵ ԱՅՆ ԿԱ ՁԵՂ ՄՈՏ: (ԵԹԵ ՑԱՆԿԱՆՈՒՄ ԵՔ ՁԵՂ ՄՈՏ ՈՒՆԵՆԱԼ ԱՅՍ ԶԵՎԱԹՂԹԻ ՕՐԻՆԱԿՆ, ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒՑ ԱՌԱՋ ՊԱՏՃԵՆԱՀԱՆԵՔ ԱՅՆ:)**