



Fecha: _____

A: _____, Número de Medi-Cal: _____

Después de repasar los resultados de su evaluación de su condición de la salud mental, el Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino ha decidido, que su condición de la salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para ser elegible para los servicios de especialidad de salud mental mediante el plan.

En la opinión del Departamento de Salud Mental, su condición de la salud mental no cumple los criterios de necesidad médica, que se cubren en las Regulaciones del Estado en el Título 9, el Código de las Regulaciones (CCR), Sección 1830.205 de California, por la razón comprobada abajo:

- Four checkbox items describing reasons for medical necessity determination, such as 'Su diagnóstico de salud mental, como identificó por la evaluación, no se cubre por el plan de salud mental'.

Si está de acuerdo con la decisión del plan, y gustaría información sobre cómo encontrar un proveedor fuera del plan para que le dé tratamiento, llame y hable con un representante del Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino a (888) 743-1478, o escriba a: Access Unit, 303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92415-0026.

Si no está de acuerdo con la decisión del plan o tiene preguntas, haga uno o más de lo siguientes:

Usted puede pedir al plan que hagan los arreglos para solicitar una segunda opinión sobre su condición de salud mental. Para hacer esto, llame y hable con un representante del Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino a: (888) 743-1478, o escriba a: Access Unit, 303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92415-0026.

Puede archivar una apelación con su plan de salud mental Para hacer esto, llame y hable con un representante del Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino a: (888) 743-1478, o escriba a: Access Unit, 303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92415-0026 o siga las instrucciones en el folleto de información que el plan de salud mental le ha dado. Debe archivar una apelación dentro de 90 días de la fecha de este aviso. En la mayoría de casos el plan de salud mental debe hacer una decisión en su apelación dentro de 45 días de su petición. Puede pedir una apelación expeditiva (apresurada), la cual se debe decidir dentro de 3 días laborales, si usted cree que un retraso causaría problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su capacidad de progresar, mantener o recuperar funciones importantes de la vida.

Si tiene algunas preguntas sobre este aviso, llame y hable con un representante del Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino a: (888) 743-1478, o escriba a: Access Unit, 303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92415-0026.

Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede pedir una audiencia estatal. El otro lado de este aviso explica cómo pedir una audiencia.

SUS DERECHOS de AUDIENCIA

Usted tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan:

- 1. El día después de que le dimos personalmente el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental, o
- 2. El día después de la fecha del sello postal del aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental.

Audiencias Estatales Aceleradas (Anticipada) Generalmente toma aproximadamente 90 días a partir de la fecha de su solicitud para realizar una decisión de audiencia. Si piensa que éste tiempo causará problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su habilidad de progresar, mantener o recuperar funciones importantes de la vida, puede solicitar una audiencia estatal acelerada. **Para pedir una audiencia acelerada, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo PEDIR AUDIENCIA e incluya la razón porqué pide una audiencia acelerada.** Si su petición de audiencia acelerada se aprueba, se emitirá una decisión de audiencia dentro de tres días laborales de la fecha que su petición es recibida por *State Hearings Division* (por su nombre en inglés).

Para Mantener Sus Mismos Servicios Mientras espera Una Audiencia

- Debe pedir una audiencia dentro de 10 días de la fecha en que se le mandó por correo el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental o se le fue personalmente dado a usted o antes de la fecha vigente del cambio de servicios, o lo que sea más tarde.
- Sus servicios de salud mental de Medi-Cal seguirán igual hasta que se haga una decisión final de la audiencia el cual está adverso a usted, usted retire su solicitud para una audiencia, o el período de tiempo o los límites para sus servicios actuales expiren, lo que ocurra primero.

Reglamentos Estatales Disponibles

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren audiencias estatales, están disponibles en su oficina local del Departamento de Asistencia Transitoria (TAD, por sus siglas en inglés).

Para Obtener Ayuda

Puede obtener ayuda legal gratis en la oficina de asesoramiento legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o asesoramiento legal gratis a la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público: (*Public Inquiry and Response Unit, por su nombre en inglés*):

Llame gratis a: 1-800-952-5253.
Si está sordo y usa TDD, llame 1-800-952-8349

Representante Autorizado

Puede representarse así mismo en la audiencia estatal. Puede ser representado también por un amigo, un abogado o cualquier otra persona que usted elija. Debe hacer arreglos para este representante usted mismo.

Aviso sobre la Ley de Prácticas de Información

(Information Practices Act Notice, California Civil Code Section 1798, et. seq., por su nombre en inglés)
La información que se le pide que escriba en esté formulario es necesaria para procesar su petición de audiencia. Se retrasa el proceso si la información no está completa. Un archivo del caso será establecido por la División de Audiencias Estatal del Departamento de Servicios Social. Usted tiene el derecho de examinar los materiales que componen el expediente de decisión y puede localizar este registro poniéndose en contacto con la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (*Public Inquiry and Response Unit, por su nombre en inglés*) (el número de teléfono indicado anteriormente). Cualquier información que provee se podrá compartir con el plan de salud mental, *the State Department of Health Services and Mental Health* y con *U.S. Department of Health and Human Services (Autoridad: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)*

COMO PEDIR UNA AUDIENCIA ESTATAL

La mejor manera de pedir una audiencia es completar esta página. Haga una copia, frente e inverso para sus archivos. Envíe esta página a:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera de pedir una audiencia es llamar al 1-800-952-5253. Si usted es usuario de TTY marque al 1-800-952-8349.

Otra manera de pedir una audiencia es en la página web:
<http://www.dss.cahwnet.gov/shd/PG1110.htm>.

PETICIÓN PARA AUDIENCIA

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por el Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

- Marque aquí si quiere que la audiencia estatal sea acelerada (Anticipada) e incluya la razón abajo.

Aquí está el porqué:

- Marque aquí y agrega una página si tiene necesidad de más espacio.

Mi nombre: (letra de molde) _____

Mi Número de Seguro Social: _____

Mi Dirección: (imprima): _____

Mi número del teléfono: (____) _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

Requiero un intérprete sin ningún costo a mí. Mi idioma o dialecto es _____

Quiero que la persona nombrada abajo me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis archivos y venga a la audiencia por mí.

Nombre _____

Dirección _____

Número telefónico: _____