

**فرم تشکیل پرونده دادرسی ایالتی از رد مراقبت های مدیریت شده دندانپزشکی**

شما می توانید از طریق تماس تقاضای یک دادرسی ایالتی را مطرح کنید: 1-800-743-8525. کاربران TDD، با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.  
همچنین می توانید به روش های زیر درخواست دادرسی کنید:

- به صورت آنلاین از [WWW.DSS.CA.GOV](http://WWW.DSS.CA.GOV) درخواست رسیدگی کنید
- می توانید این فرم را پر کرده و به دادرسی های ایالتی با شماره 916-309-3487 فاکس کنید
- می توانید این فرم را پر کرده و به دادرسی های ایالتی به ایمیل به آدرس [SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV](mailto:SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV) ارسال کنید
- همچنین می توانید این درخواست دادرسی ایالتی را از طریق پست ارسال کنید به:

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

برای دریافت راهنمایی رایگان برای پر کردن این فرم، با شماره تلفن کمک حقوقی درج شده در اطلاعیه پیوست "حقوق شما" تماس بگیرید

من با تصمیم گرفته شده در خصوص مراقبت های دندانپزشکی خود موافق نیستم. درمان، دارو، تجهیزات، یا خدماتی را که پزشک درخواست کرده است بیان کنید. مخالفم چون:

---



---



---



---



---



---

(اگر فضای بیشتری نیاز دارید، از کاغذ دیگری استفاده کنید و آن را به این کاغذ وصل کنید.)

لطفاً این اطلاعات راجع به ذینفع را ارائه دهید  
(این شخصی است که از مزایای پزشکی محروم شده است)

نام: \_\_\_\_\_

تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

آدرس (جایی که می توانید نامه دریافت کنید): \_\_\_\_\_

شماره تلفن: \_\_\_\_\_

آیا اجازه شما جهت ارتباط از طریق ایمیل با شما را داریم؟؟  بله  خیر

اگر بله، آدرس ایمیل شما چیست: \_\_\_\_\_

لطفاً شماره کارت شناسه مزایا **Medic-Cal (BIC)** و/یا شماره تأمین اجتماعی خود را اگر دارید ارائه دهید \_\_\_\_\_

آیا دارای Straight Medi-Cal (هزینه جهت خدمات) یا مراقبت مدیریت شده هستید؟ \_\_\_\_\_

اگر مراقبت مدیریت شده، نام برنامه بهداشت شما چیست: \_\_\_\_\_

**لطفاً به هر سوالی که در مورد ذینفع می باشد پاسخ دهید**

دندانپزشک من این مزیت بهداشتی را در این تاریخ درخواست کرده است: \_\_\_\_\_

برنامه دندانپزشکی این مزیت بهداشتی را در این تاریخ رد کرد: \_\_\_\_\_

من تقاضای تجدید نظر پرونده را به طرح بهداشت کرده ام: بله [ ] در چه تاریخی؟ \_\_\_\_\_ خیر [ ]

طرح دندانپزشکی پاسخی به درخواست تجدیدنظر داد: بله [ ] در چه تاریخی؟ \_\_\_\_\_ خیر [ ]

آیا از طرح دندانپزشکی درخواست تجدیدنظر تسریع شده کردید؟ (72 ساعته)؟ [ ] بله [ ] خیر

آیا طرح دندانپزشکی در مدت 72 ساعت درباره تجدیدنظر تصمیم گرفت؟ [ ] بله [ ] خیر

**برای دادرسی خود به این موارد احتیاج دارم (اگر این باکس ها برای شما کاربرد دارند، آنها را علامت بزنید):**

من به یک جلسه دادرسی سریع نیاز دارم زیرا شرایط من فوری است. پرونده من باید خیلی سریع تصمیم گیری شود و نمی توانم تا 90 روز صبر کنم. این همان چیزی است که بدون تصمیم گیری سریع اتفاق خواهد افتاد:

---



---



---

**توضیح دهید چرا نمی توانید تا 90 روز صبر کنید.** اگر توضیح ندهید، پرونده شما تسریع نمی شود و در تقویم عادی برنامه ریزی می شود. شما می توانید نامه ای از پزشک خود ارائه دهید یا قصد داشته باشید نشان دهید که چرا نمی توانید صبر کنید.

**خدمات مداوم / کمک در انتظار پرداخت:** لطفاً تا زمان تصمیم گیری قاضی درباره پرونده من به درمان من ادامه دهید. (درمانی را که می خواهید ادامه دهید توصیف کنید و بگویید طرح در چه تاریخی متوقف شده است یا قصد دارند آن را متوقف کنند):

---



---

من مترجم رایگان می خواهم. زبان یا گویش من:

---

من معلولیت دارم و می خواهم تسهیلات مناسب برای کمک به من جهت شرکت در دادرسی ایجاد شود. تسهیلات مورد نظر من عبارتست از:

---



---

من می خواهم شخص دیگری در جلسه دادرسی به جای من صحبت کند (نماینده من باشد). او می تواند سوابق دندانپزشکی من را که مربوط به این دادرسی است ببیند و به جلسه رسیدگی بیاید. اطلاعات شخصی که انتخاب کرده ام برای من صحبت کند عبارتست از:

شماره: \_\_\_\_\_ شماره تلفن: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

امضاء من: \_\_\_\_\_ تاریخ امروز \_\_\_\_\_

این فرم را با کپی نامه (اطلاعیه درخواست تجدیدنظر) که از طرح خود دریافت کرده اید، در صورت داشتن آن، ارسال کنید. (اگر مایل به دریافت یک نسخه از این فرم برای خودتان هستید، قبل از ارسال آن را کپی کنید.)

اطلاعات شخصی و پزشکی دریافت شده در این فرم با این فرم محرمانه می باشد و مشمول اطلاعیه عملکرد حریم خصوصی اداره خدمات مراقبت بهداشتی (DHCS) می باشد که می توان در این آدرس آن را مشاهده نمود:

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. بخش دادرسی ایالتی اداره خدمات اجتماعی (CDSS) به منظور پردازش درخواست تجدید نظر شما نیاز به

اطلاعات و به اشتراک گذاشتن آن با دفاتر یا پیمانکاران دیگری دارد که در انجام پردازش کمک می کنند. DHCS و CDSS از اطلاعات برای مقاصد دیگری استفاده نکرده و به اشتراک نخواهند گذاشت مگر از شما اجازه بگیرند یا طبق قانون مجوز داشته باشد. شما باید کلیه اطلاعات درخواست شده در این فرم را ارائه نموده و مستندات پشتیبان را ارائه کنید. اگر کلیه اطلاعات درخواست شده را ارائه نمایید ما نمی توانیم یک دادرسی یا بازنگری در مورد رد درخواست تعیین نماییم. در بیشتر موارد فردی (افراد) که این اطلاعات را ارائه می نماید حق دسترسی به آن را دارند.

DHCS و CDSS دارای مجوز برای دریافت این اطلاعات مطابق با آیین نامه رفاه و موسسات بخش 10950 et seq. و آیین نامه مقررات کالیفرنیا، عنوان 22، بخش 50951 et seq میباشند. این اعلان حریم خصوصی ارائه شده در اینجا طبق آیین نامه شهروندی کالیفرنیا 1798.17 مورد نیاز می باشد.