

**치과 관리 의료(DENTAL MANAGED CARE) 거부에 대한 공청회를 요청하기 위한 양식**

주 정부 공청회는 전화: 1-800-743-8525. TTD 사용자는 1-800-952-8349으로 전화 문의해 주세요.

다음과 같은 방법으로 공청회를 요청할 수도 있습니다.

- 온라인: [WWW.CDSS.CA.GOV](http://WWW.CDSS.CA.GOV)
- 이 양식을 작성하고 팩스 916-309-3487번으로 주 정부 공청회에 제출합니다
- 이 양식을 작성하고 이메일 [SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV](mailto:SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV)로 제출합니다
- 또한 다음 우편 주소로 주 정부 공청회 요청 양식을 보냅니다.

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

*이 양식을 작성하는 데 무료로 도움을 받으려면 ‘가입자의 권리’에 첨부된 법률 지원 전화번호로 전화해 주시기 바랍니다*

치과 플랜의 결정에 대해 동의하지 않습니다 의사가 요청한 치료, 약물, 장비 또는 서비스를 기입합니다. 저는 동의하지 않습니다. 이유:

---



---



---



---



---

(공간이 더 필요하면 다른 종이를 사용하여 작성하고 여기에 덧붙입니다.)

**수혜자에 대한 다음 정보를 기입합니다.**

**(의료 혜택이 거절된 당사자)**

성함: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

주소(우편물을 받을 수 있는 곳): \_\_\_\_\_

전화 번호: \_\_\_\_\_

가입자님과 이메일로 소통하는 것을 허락하시겠습니까? [  ] 예 [  ] 아니요

예인 경우, **이메일 주소:** \_\_\_\_\_

가지고 계신다면 귀하의 **Medi-Cal BIC 카드 번호 및/또는 사회 보장 번호** \_\_\_\_\_

Straight Medi-Cal(서비스별 추가제)을 이용하고 계십니까? **Managed Care(관리 의료)**를

이용하고 계십니까? \_\_\_\_\_

만약 **Managed Care(관리 의료)**를 이용하고 계신다면, **이용하는 건강 플랜의 이름:** \_\_\_\_\_

**가입자 님에게 해당하는 모든 질문에 답해 주시기 바랍니다.**

제 담당 치과 의사가 다음 날짜에 이 서비스를 요청했습니다. \_\_\_\_\_

치과 플랜은 다음 날짜에 이 서비스를 거부했습니다. \_\_\_\_\_

저는 이 사건을 치과 플랜에 이의 신청했습니다. 예 [ ] 날짜: \_\_\_\_\_ 아니요 [ ]

치과 플랜에서는 이의 신청에 대해 답변을 했습니다. 예 [ ] 날짜: \_\_\_\_\_ 아니요 [ ]

치과 플랜에 신속 이의 신청(72시간)을 요청하셨습니다? 예 [ ] 아니요 [ ]

치과 플랜에서 72시간 안에 이의 신청건에 대해 결정을 내렸습니까? [ ] 예 [ ]  
아니요

**청력 보조를 위해 다음이 필요합니다(해당되는 경우 다음 상자에 체크 표시합니다):**

**제 상황이 급하기 때문에 신속 공청회가 필요합니다.** 제 사건은 신속하게 결정되어야 합니다. 최대 90일까지 기다릴 수 없습니다. 신속하게 결정되지 않으면 일어나는 상황:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

최대 90일까지 *기다릴 수 없는 이유를 설명합니다.* 이유를 설명하지 않으면 신속으로 처리되지 않고 일반 일정에 맞게 처리됩니다. 담당 의사의 편지를 제출하거나 기다릴 수 없는 이유를 설명합니다.

**서비스 지속/계류 중 보조금 지급:** 판사가 판정하기 전까지 치료를 계속 받고 싶습니다. (계속하고 싶은 치료에 대해 설명하고 플랜에서 치료를 중지한 날짜 또는 중지할 날짜를 설명합니다):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**무료 통역사를 원합니다.** 사용하는 언어 또는 방언: \_\_\_\_\_

**저는 장애가 있고 공청회 참여를 위해 합당한 도움을 받기를 원합니다.** 제가 원하는

보조 서비스는 다음과 같습니다. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**공청회에서 다른 사람이 본인을 대변(대리)하기를 원합니다.** 그녀/그는 이 공청회와 관련된 본인의 치과 기록을 볼 수 있고 공청회에 참가할 수 있습니다. 선택한 대변인 및 대리인은 다음과 같습니다.

성함: \_\_\_\_\_ 전화 번호: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 오늘 날짜: \_\_\_\_\_

**가입자님의 플랜에서 받은 편지(이의 신청에 대한 결정 통지)의 사본이 있는 경우 이 양식과 함께 보내 주시기 바랍니다. (이 양식의 사본을 원하시면 보내기 전에 복사하십시오.)**

이 양식과 함께 수집된 개인 및 의료 정보는 기밀 처리되며 다음 DHCS(Department of Health Care Services) 개인 정보 보호 관행 고지에 따라 처리됩니다.

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>.

사회 복지부(CDSS) 주 정부 공청회 부서는 가입자님의 이의 신청을 처리하기 위해 해당 정보가 필요하며 해당 절차를 지원하는 다른 기관 또는 계약자와 공유할 수 있습니다.

DHCS와 CDSS는 가입자님의 동의 또는 법에서 허용하는 경우를 제외하고 다른 목적으로 정보를 사용하거나 공유하지 않습니다. 이 양식에 요청된 모든 정보와 지원 문서를 제공해야 합니다. 요청된 모든 정보를 제공하지 않으면 공청회를 열지 못하거나 거부 내용을 검토할 수 없습니다. 대부분의 경우 이 정보와 관련된 개인은 이에 접근할 권리가 있습니다.

DHCS 및 CDSS는 복지 및 기관 코드 섹션 10950 이하 참조(Welfare and Institutions Code section 10950 et seq) 및 캘리포니아 규정집, 제목 22, 섹션 50951 이하 참조(California Code of Regulations, title 22, section 50951 et seq)에 따라 이 정보를 수집할 권한이 있습니다. 여기에 제공된 개인 정보 보호 고지는 캘리포니아 민법 1798.17(California Civil Code 1798.17)에 의해 제공됩니다.