BIỂU MẪU ĐỂ YÊU CẦU PHIÊN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG SAU KHI BỊ DỊCH VỤ CHĂM SÓC NHA KHOA CÓ QUẢN LÝ TỪ CHỐI

Quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Cấp Tiểu Bang bằng cách gọi đến số: 1-800-743-8525. Người dùng TTD, hãy gọi số 1-800-952-8349.
Quý vị cũng có thể yêu cầu một phiên điều trần theo những cách sau:

- Quý vị có thể yêu cầu một phiên điều trần TRỰC TUYẾN tại WWW.CDSS.CA.GOV
- Quý vị có thể điền vào biểu mẫu này và gửi qua **FAX** tới các phiên điều trần cấp Tiểu bang theo số 916-309-3487
- Quý vị có thể điền vào biểu mẫu này và gửi qua **EMAIL** tới **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- Quý vị cũng có thể **GỬI QUA ĐƯỜNG BƯU ĐIỆN** yêu cầu điều trần cấp tiểu bang này tới:

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

Để được trợ giúp miễn phí về việc điền thông tin vào biểu mẫu này, hãy gọi đến số điện thoại trợ giúp pháp lý được liệt kê trong Thông báo 'Các Quyền của Quý vị' đính kèm

Tôi không đồng ý với quyết định về dịch vụ chăm sóc nha khoa của tôi. Nêu rõ phương pháp điều trị, thuốc, thiết bị hoặc dịch vụ mà bác sĩ yêu cầu. Tôi không đồng ý vì:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Nếu quý vị cần thêm chỗ, hãy sử dụng một tờ giấy khác và đính kèm nó với tờ giấy này.)

VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG
(Đây là người đã bị từ chối các quyền lợi y tế)

TÊN: _____

NGÀY SINH: _____

ĐỊA CHỈ (Nơi quý vị nhận thư): _____

SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

Chúng tôi có được phép liên lạc với quý vị qua email không? [☐] CÓ [☐] KHÔNG

Nếu Có, **ĐỊA CHỈ EMAIL** của quý vị là gì: _____

Vui lòng cung cấp **Số Thẻ BIC Medi-Cal và/hoặc Số An sinh xã hội của quý vị** nếu quý vị có số đó _____

Quý vị có Straight Medi-Cal (**Trả Phí khi dùng Dịch vụ**) hay **Chăm sóc có Quản lý** ?_____

_____

Nếu là **Chăm sóc có Quản lý**, **tên của CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE của quý vị** là gì:_____

VUI LÒNG TRẢ LỜI TẤT CẢ NHỮNG CÂU HỎI ĐÚNG VỚI NGƯỜI THU HƯỞNG

Nha sĩ của tôi đã yêu cầu quyền lợi bảo hiểm sức khỏe này vào ngày này: _____

Chương trình Nha khoa đã từ chối quyền lợi bảo hiểm sức khỏe này vào ngày này: _____

Tôi đã gửi đơn phản đối về vụ việc đến Chương trình Nha khoa:
CÓ [ ] **Vào ngày nào?** _____ KHÔNG [ ]

Chương trình Nha khoa đã đưa ra câu trả lời cho đơn phản đối:
CÓ [ ] **Vào ngày nào?** _____ KHÔNG [ ]

Quý vị có yêu cầu Chương trình Nha khoa tiến hành phản đối cấp tốc (72 Giờ) không?
CÓ [ ] KHÔNG [ ]

Chương trình Nha khoa có đưa ra quyết định về đơn phản đối trong 72 Giờ không?
[ ] CÓ [ ] KHÔNG

TÔI CẦN NHỮNG ĐIỀU NÀY CHO PHIÊN ĐIỀU TRẦN CỦA TÔI (Đánh dấu vào các Ô này nếu những điều sau đúng với quý vị):

☐ **Tôi cần một Phiên điều trần Cấp tốc vì tình huống của tôi là khẩn cấp.** Trường hợp của tôi phải được quyết định rất nhanh và tôi không thể đợi đến 90 ngày. Sau đây là những điều sẽ xảy ra nếu không có quyết định nhanh:

_____
_____
_____

GIẢI THÍCH TẠI SAO QUÝ VỊ KHÔNG THỂ ĐỢI ĐẾN 90 NGÀY. **Nếu quý vị không giải thích, vụ việc của quý vị sẽ không được giải quyết nhanh và sẽ được sắp xếp** theo lịch bình thường. Quý vị có thể gửi một bức thư từ bác sĩ hoặc chương trình của mình để trình bày lý do quý vị không đợi được.

☐ **Các Dịch vụ được Tiếp tục/Hỗ trợ được Trả đang Chờ Xét Xử: Hãy tiếp tục dịch vụ điều trị của tôi** cho đến khi Thẩm phán đưa ra quyết định cho trường hợp của tôi. (Mô tả phương pháp điều trị mà quý vị muốn tiếp tục và cho biết **ngày mà chương trình đã ngừng** hoặc **dự định sẽ ngừng phương pháp đó**):

_____
_____

☐ **Tôi muốn có một Thông dịch viên Miễn phí**. Ngôn ngữ hoặc phương ngữ của tôi là: _____

☐ **Tôi có khuyết tật và muốn có một sự điều chỉnh hợp lý để giúp tôi tham gia phiên điều trần của mình.** (Những) sự điều chỉnh tôi muốn là: _____

_____

☐ **Tôi muốn người khác phát biểu thay tôi (đại diện cho tôi) tại phiên điều trần.** Người đó có thể xem hồ sơ nha khoa của tôi liên quan đến phiên điều trần này và đến tham dự phiên điều trần. Người tôi đã chọn để phát biểu thay tôi là:

Tên:_____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Chữ ký của tôi:_____ Ngày hôm nay: _____

GỬI BIỂU MẪU NÀY CÙNG MỘT BẢN SAO CỦA BỨC THƯ (THÔNG BÁO VỀ VIỆC GIẢI QUYẾT ĐƠN PHẢN ĐỐI) QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ CHƯƠNG TRÌNH CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ CÓ TÀI LIỆU ĐÓ. (NẾU QUÝ VỊ MUỐN GIỮ MỘT BẢN SAO CỦA BIỂU MẪU NÀY CHO MÌNH, HÃY SAO NÓ TRƯỚC KHI GỬI ĐI.)

Thông tin cá nhân và thông tin y tế được thu thập trên và cùng với biểu mẫu này được bảo mật, tuân theo Thông báo về Thực hành Quyền riêng tư (Notice of Privacy Practices) của Cơ quan Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe (Department of Health Care Services - DHCS) có tại đây: https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf. Văn phòng Điều trần Cấp Tiểu bang của Cơ quan Dịch vụ Xã hội (Department of Social Services - CDSS) cần thông tin này để xử lý đơn phản đối của quý vị và có thể chia sẻ thông tin đó với các cơ quan hoặc nhà thầu khác mà hỗ trợ quá trình đó. DHCS và CDSS sẽ không sử dụng hoặc chia sẻ thông tin cho các mục đích khác trừ khi được quý vị cho phép hoặc được pháp luật cho phép. Quý vị phải cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong biểu mẫu này và cung cấp tài liệu hỗ trợ. Nếu quý vị không cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu, chúng tôi không thể tổ chức phiên điều trần hoặc xem xét việc từ chối. Trong hầu hết các trường hợp, (những) cá nhân có liên quan đến thông tin này thì có quyền xem thông tin đó.

DHCS và CDSS được phép thu thập thông tin này theo Bộ luật Phúc lợi và Định chế (Welfare and Institutions Code), phần 10950 và tiếp theo và Bộ luật Quy định của California (California Code of Regulations), tiêu đề 22, mục 50951 và tiếp theo. Bộ luật Dân sự California (California Civil Code) 1798.17 yêu cầu phải có thông báo về quyền riêng tư được cung cấp ở đây.