

## حقوق شما بر اساس مدیکل MEDI-CAL

اگر نیاز دارید این اطلاعات و/یا سایر اسناد مربوط به برنامه در قالب‌های دیگری مثل چاپ درشت، خط بریل یا یک قالب الکترونیکی در اختیار شما قرار بگیرد یا در صورتی که برای خواندن مطالب به کمک نیاز دارید لطفاً با برنامه سلامت روان اورنج کانتی (Orange County Mental Health Plan) یا خدمات درمان اعتیاد مدیکل (Drug Medi-Cal)، سازماندهی سیستم تحویل (DMC-ODS) با شماره 3074 - 308 (866) تماس بگیرید.

در صورتی که با تصمیم اتخاذ شده در مورد درمان سلامت روان یا درمان اعتیاد خود موافق نیستید می‌توانید درخواست تجدید نظر بدهید. این درخواست تجدید نظر به برنامه شما تسلیم می‌شود.

### نحوه ارائه درخواست تجدید نظر

از تاریخ این نامه "تعیین مزایا برخلاف درخواست شما" **60 روز** فرصت دارید که درخواست استیناف و تجدیدنظر خود را تسلیم کنید. در صورتی که در حال درمان هستید و می‌خواهید درمان شما ادامه پیدا کند، باید ظرف مدت **10 روز** از تاریخ روی نامه یا قبل از تاریخی که طرح شما برای توقف خدمات اعلام کرده است، برای درخواست تجدیدنظر اقدام کنید. هنگام پر کردن درخواست باید بگویید که مایل به ادامه دریافت درمان هستید.

شما می‌توانید به صورت کتبی یا از طریق تلفن درخواست تجدیدنظر بدهید. اگر به صورت تلفنی درخواست تجدیدنظر بدهید، باید پس از درخواست تلفنی یک درخواست مکتوب و امضا شده هم ارسال کنید. در صورت نیاز، این برنامه به طور رایگان به شما کمک خواهد کرد.

**درخواست تجدید نظر از طریق تلفن:** با خدمات درمان روانی و درمان اعتیاد اورنج کانتی بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر روزهای دوشنبه تا جمعه با شماره 3074-308 (866) تماس بگیرید. یا در صورتی که مشکل گفتاری یا شنیداری دارید، با شماره 3073-308 (866) تماس بگیرید.

**درخواست تجدید نظر به شکل کتبی:** فرم تجدید نظر را پر کنید، یا نامه بنویسید و به این آدرس بفرستید:

Orange County MHP or DMC-ODS  
405 W. 5<sup>th</sup> Street Suite 410  
Santa Ana, CA 92701

مراکز ارائه دهنده خدمات فرم درخواست تجدید نظر را دارند. اگر بخواهید خدمات سلامت روانی و اعتیاد اورنج کانتی Orange County MHP or DMC-ODS میتواند به شما فرم را بفرستد.

ممکن است خودتان یک درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. یا می‌توانید از شخص دیگری از قبیل خویشاوند، دوست، وکیل، ارائه‌دهنده یا دادستان بخواهید از طرف شما درخواست تجدیدنظر ارائه کنند. به این شخص «نماینده مجاز» گفته می‌شود. می‌توانید هرگونه اطلاعاتی که مایلید توسط این برنامه بررسی شود را ارسال کنید. درخواست تجدیدنظر شما توسط ارائه‌دهنده متفاوت بررسی می‌شود و شخصی که تصمیم اولیه را گرفته در آن دخالت ندارد.

این برنامه برای ارائه پاسخ به شما 30 روز فرصت دارد. در این مدت شما یک نامه "اطلاعیه تصمیم تجدیدنظر" دریافت خواهید کرد. این نامه تصمیم این برنامه را به شما اطلاع می‌دهد. اگر پس از گذشت 30 روز باز هم نامه مربوط به تصمیم این برنامه را دریافت نکردید، می‌توانید درخواست «رسیدگی ایالتی» ارائه کنید تا یک قاضی پرونده شما را بررسی کند. لطفاً برای اطلاع از نحوه درخواست رسیدگی ایالتی، بخش زیر را مطالعه نمایید.

### درخواست‌های تجدیدنظر تسریع شده

اگر فکر می‌کنید انتظار برای مدت 30 روز به سلامت شما آسیب می‌زند، ممکن است بتوانید ظرف مدت 72 ساعت پاسخ خود را دریافت کنید. در زمان تنظیم درخواست تجدیدنظر، اعلام کنید به چه دلیل انتظار به سلامت شما آسیب می‌رساند. حتماً "درخواست‌های تجدیدنظر تسریع شده" داشته باشید.

### رسیدگی ایالتی

اگر یک درخواست تجدیدنظر تنظیم کرده و یک نامه "اعلامیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر" دریافت کردید که اعلام می‌کند این برنامه به شما هنوز خدمات مورد بحث را ارائه نمی‌کند، یا اصلاً هیچ نامه‌ای در رابطه با تصمیم اتخاذ شده دریافت نکرده‌اید و 30 روز از تاریخ درخواست شما گذشته است، می‌توانید درخواست یک "رسیدگی ایالتی" داشته باشید و یک قاضی پرونده شما را بررسی خواهد کرد. برای رسیدگی ایالتی نیاز نیست هیچ هزینه‌ای پرداخت کنید.

باید ظرف مدت **120 روز** از تاریخ این نامه "اعلامیه حل و فصل درخواست تجدیدنظر"، درخواست رسیدگی ایالتی خود را ارائه کنید. می‌توانید به صورت تلفنی، الکترونیک یا کتبی درخواست رسیدگی ایالتی داشته باشید:

- از طریق تلفن: با **1-800-952-5253** تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با **TTY/TDD 1-800-952-8349** تماس بگیرید.
- به صورت الکترونیک: می‌توانید به صورت آنلاین درخواست رسیدگی ایالتی ارائه کنید. لطفاً برای تکمیل فرم الکترونیک به وبسایت سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا به این آدرس مراجعه کنید:  
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- به شکل کتبی: یک فرم رسیدگی ایالتی پر کنید یا یک نامه بنویسید و به این آدرس ارسال کنید:

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

حتماً نام، آدرس، شماره تلفن، تاریخ تولد و دلیل خود برای درخواست رسیدگی ایالتی را قید کنید. اگر فرد دیگری در ارائه درخواست رسیدگی ایالتی به شما کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن او را نیز در فرم یا نامه ذکر کنید. اگر به مترجم نیاز دارید، به ما اطلاع بدهید به چه زبانی صحبت می‌کنید. برای استفاده از مترجم هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. ما یک مترجم در اختیارتان قرار خواهیم داد.

بعد از درخواست رسیدگی ایالتی، ممکن است تصمیم‌گیری درباره پرونده شما و ارسال پاسخ تا 90 روز طول بکشد. اگر فکر می‌کنید انتظار برای این مدت به سلامت شما آسیب می‌زند، ممکن است بتوانید ظرف مدت 3 روز کاری پاسخ خود را دریافت کنید. می‌توانید از ارائه‌دهنده یا برنامه سلامت روان درخواست کنید برای شما یک نامه بنویسند و یا خودتان یک نامه بنویسید. این نامه باید به شکل دقیق توضیح دهد که چطور انتظار شما برای مدت 90 روز تا زمان اعلام تصمیم نهایی می‌تواند به سلامت یا توانایی شما در به دست آوردن، حفظ یا بازیابی حداکثر عملکرد، آسیب بزند. سپس، تقاضای "رسیدگی تسریع شده" کنید و نامه خود را به همراه درخواست رسیدگی ارسال نمایید.

## **نماینده مجاز**

شما خودتان می‌توانید در رسیدگی ایالتی صحبت کنید. یا شخص دیگری از قبیل خویشاوند، دوست، وکیل، ارائه‌دهنده یا دادستان می‌تواند از طرف شما صحبت کند. اگر می‌خواهید یک شخص دیگر از طرف شما صحبت کند، باید به دفتر رسیدگی ایالتی اطلاع بدهید که این شخص اجازه اظهار نظر به جای شما را دارد. به این شخص "نماینده مجاز" گفته می‌شود.

## **کمک حقوقی**

ممکن است بتوانید کمک حقوقی مجانی دریافت کنید. شما همچنین می‌توانید از طریق شماره 1-888-804-3536 با برنامه کمک حقوقی کانتی خود تماس بگیرید.