

**MẪU ĐƠN XIN ĐIỀU TRẦN CẤP TIỂU BANG DO
QUYẾT ĐỊNH TỪ CHỐI DỊCH VỤ CHĂM SÓC CÓ
QUẢN LÝ (FORM TO FILE A STATE HEARING
FROM A MANAGED CARE DENIAL)**

Quý vị có thể yêu cầu một buổi Điều Trần cấp Tiểu Bang bằng cách gọi: **1-800-743-8525**. **Những người sử dụng TDD vui lòng gọi số 1-800-952-8349**. Quý vị cũng có thể xin điều trần theo những cách sau đây:

- Quý vị có thể nộp đơn xin điều trần **TRỰC TUYẾN** tại **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Quý vị có thể điền mẫu đơn này và gửi qua **FAX** tới Ban Điều Trần cấp Tiểu Bang tại số **916-309-3487** hoặc số miễn phí **1-833-281-0903**
- Quý vị có thể điền mẫu đơn này và gửi qua **EMAIL** tới **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- *(Lưu ý: Nếu quý vị gửi qua email, vui lòng lưu ý có khả năng là người khác không phải State Hearings Division có thể xem được email của quý vị. Vì vậy vui lòng lưu ý gửi đơn xin điều trần theo cách an toàn hơn.)*

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- Quý vị cũng có thể gửi Đơn Xin Điều Trần cấp Tiểu Bang này bằng đường **BƯU ĐIỆN** tới :

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

Để được giúp đỡ điền đơn xin này miễn phí, vui lòng gọi ban trợ giúp pháp lý theo số ghi trong Thông Báo về 'Các Quyền của Quý Vị' ('Your Rights' Notice) kèm theo

Tôi không đồng ý với quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Cho biết biện pháp điều trị, loại thuốc, dụng cụ, hay dịch vụ mà bác sĩ đã yêu cầu. Tôi không đồng ý vì lý do:

(Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để viết, vui lòng thêm sử dụng tờ giấy khác và đính kèm với tờ này.)

**VUI LÒNG CUNG CẤP THÔNG TIN SAU ĐÂY VỀ
NGƯỜI NHẬN TRỢ CẤP**
(Đây là người đã bị từ chối các quyền lợi bảo
hiểm y tế)

TÊN: _____

NGÀY THÁNG NĂM SINH: _____

ĐỊA CHỈ (Nơi quý vị nhận thư):

SỐ ĐIỆN THOẠI: _____

Quý vị có cho phép chúng tôi liên lạc với quý vị qua
email không? [] CÓ [] KHÔNG

Nếu trả lời Có, cho biết **ĐỊA CHỈ EMAIL:**

Vui lòng cung cấp **Số Thẻ Medi-Cal BIC** và/hoặc **Số
An Sinh Xã Hội** của quý vị, nếu có:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Quý vị có Medi-Cal Thông Thường (**Fee for Service**)
hay **Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý (Managed Care)**?

Nếu là **Dịch Vụ Chăm Sóc Có Quản Lý**, cho biết tên
CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE của
quý vị:

**VUI LÒNG TRẢ LỜI MỌI CÂU HỎI ÁP DỤNG CHO
NGƯỜI NHẬN TRỢ CẤP**

Bác sĩ của tôi đề nghị quyền lợi bảo hiểm sức khỏe
này vào ngày: _____

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe của tôi từ chối chi
trả quyền lợi bảo hiểm sức khỏe này vào ngày:

Tôi đã kháng nghị sự việc với Chương Trình Bảo
Hiểm Sức Khỏe:

CÓ ☐ Vào ngày nào? _____ KHÔNG ☐

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe giải quyết kháng
nghị đó:

CÓ ☐ Vào ngày nào? _____ KHÔNG ☐

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Quý vị có đề nghị Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe
giải quyết kháng nghị nhanh (72 Giờ) không?

[] CÓ [] KHÔNG

Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe có đưa ra quyết
định về kháng cáo đó trong vòng 72 Giờ không?

[] CÓ [] KHÔNG

**TÔI CẦN NHỮNG ĐIỀU SAU ĐÂY CHO BUỔI ĐIỀU
TRẦN CỦA TÔI (Đánh dấu các ô này nếu thích
hợp với quý vị):**

- ☐ **Tôi cần một Buổi Điều Trần Giải Quyết Nhanh
vì tôi đang ở trong hoàn cảnh cần gấp.** Sự vụ
của tôi phải được quyết định rất nhanh và tôi
không thể chờ tới 90 ngày. Nếu sự vụ của tôi
không được quyết định nhanh thì hậu quả sau đây
sẽ xảy ra:

***GIẢI THÍCH TẠI SAO QUÝ VỊ LẠI KHÔNG THỂ
CHỜ TỚI 90 NGÀY. Nếu quý vị không giải
thích, sự vụ của quý vị sẽ không được giải
quyết nhanh và sẽ được xếp lịch theo lịch thông
thường. Quý vị có thể nộp thư của bác sĩ hoặc***

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

chương trình để chứng minh vì sao quý vị lại
không thể chờ đợi.

- ☐ **Tiếp Tục Các Dịch Vụ / Trợ Giúp Được Đòi Thò**
Đang Chờ: Vui lòng tiếp tục việc điều trị của
tôi cho đến khi Thẩm Phán đưa ra quyết định về
sự vụ của tôi. (Mô tả biện pháp điều trị mà quý vị
muốn tiếp tục và cho biết **chương trình đã chấm**
dứt dịch vụ đó hoặc dự định sẽ chấm dứt vào
ngày nào):

- ☐ **Tôi muốn có Thông Dịch Viên Miễn Phí.** Ngôn
ngữ hoặc phương ngữ của tôi là:

- ☐ **Tôi có một tình trạng khuyết tật và muốn có**
phương tiện trợ giúp đặc biệt và hợp lý để
giúp tôi tham dự buổi điều trần. (Các) phương
tiện trợ giúp đặc biệt mà tôi muốn là:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- ☐ **Tôi muốn có người đại diện cho tôi tại buổi điều trần.** Người đó có thể xem các hồ sơ y tế của tôi liên quan đến buổi điều trần này và tới dự buổi điều trần. Người mà tôi chọn làm đại diện cho tôi là:

Tên: _____

Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Chữ ký của tôi: _____

Ngày Hôm Nay: _____

GỬI MẪU ĐƠN NÀY CÙNG VỚI BẢN SAO LÁ THƯ (THÔNG BÁO GIẢI QUYẾT KHÁNG NGHỊ) MÀ QUÝ VỊ NHẬN ĐƯỢC TỪ CHƯƠNG TRÌNH CỦA QUÝ VỊ, NẾU CÓ. (NẾU QUÝ VỊ MUỐN CÓ MỘT BẢN SAO CỦA MẪU ĐƠN NÀY ĐỂ LƯU, QUÝ VỊ CÓ THỂ SAO CHỤP LẠI TRƯỚC KHI GỬI.)