

Quy Trình Khiếu Nại và Kháng Cáo

Chúng tôi muốn biết nếu quý vị cảm thấy không hài lòng về chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc có những lo ngại về các dịch vụ của mình đã bị từ chối, cắt giảm, trì trệ hoặc chấm dứt. Chúng tôi có một quy trình để xem xét khiếu nại của quý vị. Chúng tôi muốn hợp tác với quý vị để giải quyết vấn đề này.

Quý vị có thể nhờ bạn bè, người thân hoặc bất kỳ ai mà quý vị chọn làm người đại diện ủy quyền để thay mặt quý vị. Nếu quý vị ủy quyền một ai đó thay mặt cho mình, chúng tôi sẽ cần sự cho phép bằng văn bản của quý vị trước khi chúng tôi được phép nói chuyện với họ về tình trạng của quý vị.

Khiếu Nại

Quý vị có thể nộp hồ sơ khiếu nại bất cứ khi nào quý vị không hài lòng với những dịch vụ do Chương Trình Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần (BHP) cung cấp. Sau đây là vài cách để nộp khiếu nại:

- Quý vị có thể dùng Đơn Khiếu Nại/Kháng Cáo và phong bì có in sẵn địa chỉ được cung cấp cho quý vị tại địa điểm này hoặc trên mạng tại: **www.ocalthinfo.com/dmc-ods**.
- Quý vị có thể gọi số **(866) 308-3074** hoặc đường dây khuyết tật TDD tại số **(866) 308-3073** và nói chuyện với nhân viên đảm trách việc nhận và nộp hồ sơ khiếu nại của quý vị.
- Quý vị có thể cho nhà cung cấp dịch vụ (nhân viên hoặc đại diện cơ sở này) biết rằng quý vị muốn nộp hồ sơ khiếu nại, và họ sẽ điền đơn Khiếu Nại/Kháng Cáo và nộp đơn cho quý vị.

Kháng Cáo

Nếu quý vị là thành viên Medi-Cal, có một số dịch vụ cần phải được chấp thuận trước bởi chương trình sức khỏe trước khi quý vị nhận các dịch vụ. Khi nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe tâm thần nghĩ rằng quý vị cần được tiếp tục nhận các dịch vụ, nhưng chương trình sức khỏe từ chối, cắt giảm, trì trệ hoặc chấm dứt bất kỳ dịch vụ nào đã được chấp thuận trước, quý vị có thể yêu cầu được xem xét lại quyết định này. Quy trình này được gọi là kháng cáo. Nếu quý vị bị từ chối dịch vụ vì chương trình sức khỏe quyết định rằng những dịch vụ ấy không cần thiết về mặt y tế, quý vị có thể yêu cầu xem xét lại quyết định này. Quy này cũng được gọi là kháng cáo. Sau đây có ba cách để nộp kháng cáo.

Quý vị có thể yêu cầu kháng cáo khẩn, điều này phải được quyết định trong vòng 72 giờ, nếu quý vị nghĩ rằng sự trì trệ sẽ gây ra vấn đề nghiêm trọng cho sức khỏe tâm thần của mình bao gồm

vấn đề về khả năng đạt được, duy trì hoặc lấy lại những chức năng sinh hoạt quan trọng trong cuộc sống.

- Quý vị có thể dùng Đơn Khiếu Nại/Kháng Cáo và phong bì có in sẵn địa chỉ được cung cấp cho quý vị tại địa điểm này hoặc trên mạng tại **www.ochealthinfo.com/dmc-ods**.
- Quý vị có thể gọi số **(866) 308-3074** hoặc gọi đường dây khuyết tật TDD tại số **(866) 308-3073** và nói chuyện với nhân viên đảm trách việc nhận và nộp hồ sơ kháng cáo của quý vị.
- Quý vị có thể nói cho nhà cung cấp dịch vụ (nhân viên hoặc đại diện cơ sở này) biết rằng quý vị muốn nộp hồ sơ kháng cáo, và họ sẽ cùng điền đơn Khiếu Nại/Kháng Cáo và nộp đơn cho quý vị.

Điều Trần Tiểu Bang

Nếu quý vị là thành viên Medi-Cal, và chương trình sức khỏe từ chối, cắt giảm, trì trệ hoặc chấm dứt bất kỳ dịch vụ nào đã được chấp thuận trước, quý vị có thể yêu cầu một phiên Điều Trần Tiểu Bang sau khi đã trải qua Quy Trình Kháng Cáo như đã trình bày ở trên. Sau đây là ba cách để bắt đầu quy trình này:

- Hoàn tất đơn Yêu cầu Phiên Điều Trần Tiểu Bang trên mạng tại trang nhà Tiểu Bang
<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>.
- Nếu quý vị nhận được một Thông báo Quyết Định Từ Chối Quyền Lợi, quý vị sẽ tìm thấy đơn Yêu cầu Phiên Điều trần Tiểu bang được kèm theo.
- Quý vị có thể gọi trực tiếp văn phòng Tiểu Bang California tại (800) 952-5253 hoặc đường dây khuyết tật TDD (800) 952-8349.

Nếu quý vị có lo ngại nào, vui lòng trao đổi với Giám Đốc Dịch vụ hoặc Giám Đốc Chương trình để giải quyết vấn đề. Nếu quý vị muốn gửi quan tâm của mình dưới dạng khiếu nại chính thức, quý vị có thể nộp đơn tại địa điểm này hoặc quý vị có thể liên lạc với Đại diện Nhà cung cấp dịch vụ hoặc dịch vụ bảo vệ quyền lợi bệnh nhân họ có thể giúp quý vị nộp khiếu nại.

**Đại Diện Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Tại Địa Điểm này là:
Số Điện Thoại:**