



SAN MATEO COUNTY HEALTH

BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

Quality Management
1950 Alameda de las Pulgas
Suite 157
San Mateo, CA 94403
650-573-3431 T
650-525-1762 F
smchealth.org/bhrs

“NAR Your Rights”

您在Medi-Cal下的權利

如果您需要本計畫以其他通信格式（例如：大字版、盲文版或電子格式）為您提供此通知和/或其他文件，或者您在閱讀資料方面需要協助，請撥打(800) 388-5189聯絡 San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS)。

如果您仍然不同意本計畫的決定，您可以請求舉行「州聽證會」，屆時法官將審查您的個案。

您必須在這封信發出之日起**120天**內請求舉行州聽證會。如果您的計畫在您上訴過程中繼續為您提供爭議中的治療，您有權請求本計畫在州聽證會得出決定前繼續提供該治療。如果您目前正在接受治療，並且希望在上訴期間繼續接受治療，則您必須在這封信的郵戳日期或送達日期起**10天**內請求舉行州聽證會。

在請求舉行州聽證會時，您必須聲明希望繼續接受治療。如果州聽證會決定維持本計畫的不利福利決定，您將無需承擔繼續治療的費用。您無需支付州聽證會的費用。

您可以透過撥打電話、電子方式或書面方式請求舉行州聽證會：

- **撥打電話**：致電**1-800-952-5253**。如果您有語言或聽力障礙，請撥打**TTY/TDD 1-800-952-8349**。
- **電子方式**：您可以線上請求舉行州聽證會。請造訪加州社會服務部 (California Department of Social Services) 的網站以填寫電子表格：
<https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **書面方式**：填寫州聽證會表格或寫信並郵寄至：

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



SAN MATEO COUNTY HEALTH

BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

Quality Management
1950 Alameda de las Pulgas
Suite 157
San Mateo, CA 94403
650-573-3431 T
650-525-1762 F
smchealth.org/bhrs

請務必註明您的姓名、地址、電話號碼、出生日期以及您希望舉行州聽證會的原因。如果有人協助您請求舉行州聽證會，請在表格或信件中提供其姓名、地址和電話號碼。如果

您需要口譯服務，請告知我們您使用的語言。口譯服務不收取費用，我們將免費為您安排一名口譯員。

在您申請舉行州聽證會後，有關部門可能需要長達90天的時間來裁決您的個案並予以答覆。如果您認為等待90天的時間會對您的健康有害，您也許可在72小時內得到答覆。您可以請醫生或計畫替您寫一封信，也可以自行寫信。這封信必須詳細說明，等待個案裁決長達90日將如何嚴重危害您的生命、健康或您達到、維持或恢復最強身體機能的能力。然後，確保您請求舉行「**加急聽證會**」，並提供您請求舉行聽證會的信函。

授權代表

您可以在州聽證會上為自己發言，或由他人（例如親戚、朋友、辯護人、醫生或律師）為您發言。如果您希望他人為您發言，則您必須告知州聽證會辦公室此人已獲得允許以代表您發言。此人稱為「授權代表」。

法律援助

您也許可以獲得免費的法律援助。您可以撥打您所在縣的當地法律援助計畫電話：888-804-3536。