



CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

AGENCIA DE SALUD

AGENCIA DE SALUD & BIENESTAR

Nicholas Drews, Director de Agencia

Star Graber, PhD, LMFT, Directora de Salud & Bienestar

**AVISO DE DETERMINACION DE BENEFICIOS ADVERSOS
Sobre Su Solicitud De Tratamiento**

Fecha:

ha solicitado al Condado De San Luis Obispo Departamento De Salud & Bienestar a obtener o aprobar Nuestros archivos

indican que usted solicito servicios el día

SLOBHD aún no ha tomado una decisión sobre la solicitud.

Nos disculpamos por el retraso procesando esta solicitud. Estamos trabajando en su solicitud y le daremos a usted con una respuesta lo más pronto posible.

Usted puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. El aviso de información adjunto "Sus Derechos" le indica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le sugiere enviar con su apelación cualquier información o documentos que puedan ayudar a su apelación. El aviso de información adjunto "Sus Derechos", provee los plazos de tiempo que debe seguir cuando solicite una apelación.

El personal de SLOBHD le puede ayudar con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para ayuda, puede llamar a SLOBHD de 8-5, M-F al 1-800-838-1381 o a la Defensora de Derechos del Paciente al (805) 781-4738. Si tiene problema en hablar o escuchar, por favor llame al 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922, entre 8-5, L-V para pedir ayuda.

Si necesita este aviso y/o otros documentos de SLOBHD en un formato alternativo como letra grande, Braille, o un alternativo eléctrico, o si necesita ayuda leyendo el material, por favor contacte SLOBHD llamando al 1-800-838-1381 o a la Defensora de Derechos del Paciente al (805) 781-4738.

Si SLOBHD no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal del Estado puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarles de lunes a viernes, 8am a 5pm PST, excluyendo días festivos, al 1-888-452-8609.

Este aviso no le afecta a ningún otro de sus servicios de Medi-Cal.

Staff Signature

Adjunto: “Sus Derechos”
 Lema de Asistencia de Idioma
 Noticia de No Discriminación al Beneficiario