



COUNTY OF SAN LUIS OBISPO
HEALTH AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT
Michael Hill, Health Agency Director
Anne Robin, LMFT Behavioral Health Director

SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL

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

SI USTED NO ESTA DEACUERDO CON LA DECISIÓN DETERMINADA PARA SU TRATAMIENTO DE SU SALUD MENTAL O DESORDEN DE USO DE SUBSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACION. ESTA APELACION SE PRESENTA CON SLOBHD.

COMO PRESENTAR UNA APELACION

Usted tiene **60 días** de la fecha en este “Aviso de Determinación de Beneficios Adversos” para presentar una apelación. **Si esta recibiendo tratamiento y quiere continuar recibiendo tratamiento, debe pedir una apelación entre 10 días** de la fecha en esta carta O antes de la fecha que SLOBHD dice que sus servicios serán terminados. Debe decir que usted quiere continuar recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Debe presentar la apelación por teléfono o por escrito. Si presenta la apelación por teléfono, deberá proseguir con una apelación escrita y firmada. El Plan le proveerá con asistencia gratuita si necesita ayuda.

- **Para apelar por teléfono:** Contacte a SLOBHD entre 8 AM y 5 PM, Lunes a Viernes llamando al 1-800-838-1381 o llame a La Defensora De Derechos Del Paciente al (805) 781-4738. O, si tiene dificultad escuchando o hablando, favor de llamar al 1-800-735-2922 Servicio de Retransmisión de California/TTY.
- **Para apelar por escrito:** Complete el formulario de queja o escribe una carta a su plan y envíelo a:

County of San Luis Obispo Behavioral Health Department, Atten: Patients' Rights Advocate
2180 Johnson Avenue
San Luis Obispo, CA 93401

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. SLOBHD también le puede enviar un formulario.

County of San Luis Obispo Health Agency

2180 Johnson Avenue | San Luis Obispo, CA 93401 | (P) 805-781-4719 | (F) 805-781-1273
info@slocounty.ca.gov | slocounty.ca.gov

Puede presentar la apelación usted mismo. O un pariente, amigo, defensor de derechos, proveedor, o abogado puede presentar la apelación por usted. Esta persona se llama un “representante autorizado.” Puede mandar cualquier tipo de información que usted quiere que SLOBHD revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente que la persona quien tomo la primera decisión.

SLOBHD tiene 30 días para darle una respuesta. Entonces, recibirá una carta de “Aviso de Resolución de Apelación” Esta carta le dirá lo que el Plan ha decidido. **Si usted no recibe la carta con la decisión del Plan entre 30 días, puede pedir una “Audiencia Estatal” y un juez revisara su caso.** Favor de leer la sección abajo con instrucciones de como pedir una Audiencia Estatal.

APELACIONES EXPEDITADAS

Si usted cree que esperar 30 días perjudicara su salud, quizás pueda recibir una respuesta dentro de 72 horas. Cuando presente su apelación, explique porque el esperar le dañara su salud. Asegúrese de pedir una “**apelación expedita.**”

AUDIENCIA ESTATAL

Si ha presentado una apelación y recibido una carta de “Aviso de Resolución de Apelación” diciéndole que SLOBHD aún no proveerá los servicios, o **usted nunca recibió una carta notificándole de la decisión y han pasado 30 días**, puede solicitar una “Audiencia Estatal” y un juez revisara su caso. No tendrá que pagar por la Audiencia Estatal.

Debe solicitar la Audiencia Estatal dentro de **120 días** de la fecha de la carta de “Aviso de Resolución de la Apelación.” Puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente, o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede hablar o escuchar bien, favor de llamar a **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Electrónicamente:** Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea. Favor de visitar la página web del Departamento de California de Servicios Sociales para completar el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- **Por escrito:** Completar el formulario de Audiencia Estatal o envíe una carta a:

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

Asegúrese de incluir su nombre, domicilio, numero de teléfono, Fecha de Nacimiento, y la razón por la cual desea una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando solicitar la Audiencia Estatal, agregue su nombre, domicilio, y numero de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete,

díganos que idioma usted habla. No tendrá que pagar para un intérprete. Nosotros le proporcionaremos uno.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, podrá tomar hasta 90 días para decidir su caso y mandarle una respuesta. Si cree que esperar tanto perjudicará su salud, quizás podrá recibir una respuesta dentro de 3 días de negocio. Puede pedirle a su proveedor o al Plan que le escriba una carta, o usted puede escribir una. La carta deberá explicar en detalle porque el esperar hasta 90 días para que se decida su caso le perjudicará seriamente su vida, su salud o su habilidad para lograr, mantener, o recuperar función máxima. Después, solicite una **“audiencia expeditada”** e incluya la carta con su solicitud para una audiencia.

Representante Autorizado

Puede hablar usted mismo en la Audiencia Estatal. O alguien como un pariente, amigo, defensor de derechos, proveedor, o abogado puede hablar por usted. Si usted desea que alguien más hable por usted, deberá comunicarle a la oficina de Audiencia Estatal que tal persona tiene su permiso de hablar por usted. Esta persona se llama “representante autorizado.”

AYUDA LEGAL

Usted puede obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de Ayuda Legal en su condado al 1-888-804-3536.



AVISO DE NO DISCRIMINACION

La discriminación es contra la ley. El Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo (SLOBHD) sigue leyes de derechos civiles Federales. SLOBHD no discrimina, excluye a personas, o les trata diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

SLOBHD provee:

Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como:

- Intérpretes de lenguaje de signos calificados
- Información por escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicos, otros formatos)

Servicios gratuitos de lenguaje a personas cuyo primer lenguaje no es Ingles, como:

- Interpretes Calificados
- Información por escrita en otros lenguajes

Si usted necesita estos servicios, contacte a SLOBHD 24 horas al día, 7 días a la semana, llamando al 1-800-838-1381. O, si usted no puede escuchar o hablar bien, favor de llamar al 1-800-735-2922 Servicio de Retransmisión de California/TTY.

COMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted cree que SLOBHD le ha fallado en proveer estos servicios o le ha discriminado en otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, puede presentar una queja con SLOBHD. Puede presentar la queja por teléfono, por escrito, en persona, o electrónicamente:

- **Por Teléfono:** Contacte a SLOBHD entre 8AM a 5PM, de Lunes a Viernes llamando al 1-800-838-1381 o llame a La Defensora de Derechos del Paciente al (805) 781-4738. O, si usted no puede escuchar o hablar bien, favor de llamar al 1-800-735-2922 Servicio de Retransmisión de California/TTY.
- **Por escrito:** Complete el formulario de queja, o escribe una carta y envíela a:
County of San Luis Obispo Behavioral Health Department Atten: Patients' Rights Advocate
2180 Johnson Avenue
San Luis Obispo, CA 93401
- **En persona:** Visite la oficina de su proveedor o SLOBHD y diga que quiere presentar una queja.

OFFICINA DE DERECHOS CIVILES

Usted puede presentar una queja civil con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- **Por Teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, favor de llamar a **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete el formulario de queja o envíe una carta a:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Formularios de queja están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922 تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-838-1381 (رقم هاتف الصم

والبكم: 1-800735-2922

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922 पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: រ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ្នន គឺអាចមានសំរ ំរ រ ុើ នក។ ូ ូ សំរ 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922 ។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922