COUNTY OF SAN LUIS OBISPO
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

Dana McEwen, LMFT, LPCC *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.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

SLOBHD recibirá su apelación y le enviará una carta de confirmación dentro de cinco (5) días. La enviará el Defensor de los Derechos del Paciente.

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de "Notificación de Determinación Adversa de Beneficios" para presentar una apelación. Si su Condado decidió reducir, suspender o finalizar el tratamiento que ya recibe, tiene derecho a solicitar que el Condado continúe brindándole dicho tratamiento mientras se revisa su apelación. Esto se conoce como Ayuda Pagada Pendiente. Para calificar para la Ayuda Pagada Pendiente, debe solicitar una apelación a su Condado dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en que su Condado indique que los servicios finalizarán, lo que ocurra más tarde. Si bien su Condado debe otorgarle la Ayuda Pagada Pendiente cuando solicite una apelación dentro de los plazos mencionados, debe informarle al Condado, al solicitar la apelación, que desea obtener la Ayuda Pagada Pendiente hasta que se resuelva su apelación. No será responsable del costo de la continuación del tratamiento si la decisión de la apelación confirma la determinación adversa de beneficios del Condado.

Si no cumple con el plazo de 10 días para solicitar una apelación o no la solicita antes de la fecha indicada por su condado para la interrupción de los servicios, aún tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de Notificación de Determinación Adversa de Beneficios para solicitarla. Sin embargo, no recibirá la Ayuda Pagada Pendiente mientras se resuelve su apelación.

The Behavioral Health Department complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex or any other protected class

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe presentar una apelación por escrito y firmada. El Condado le brindará asistencia gratuita si la necesita.

- Para apelar por teléfono: Comuníquese con SLOBHD de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., llamando al 1-800-838-1381 o al Defensor de los Derechos del Paciente al (805) 781-4738. Si tiene problemas de audición o habla, llame al 1-800-735-2922, Servicio de Retransmisión de California/TTY
- Para apelar por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:
  Departamento de Salud Y Bienestar del Condado de San Luis Obispo,

  Atención: Defensor de los Derechos del Paciente
  2178 Johnson Avenue
  San Luis Obispo, CA 93401

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. SLOBHD también puede enviarle uno.

Puede presentar una apelación usted mismo. O bien, puede pedirle a alguien, como un familiar, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado, que le presente en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que desee que SLOBHD revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente al que tomó la decisión inicial.

SLOBHD tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, recibirá una carta de "Notificación de Resolución de Apelación". Esta carta le informará la decisión del Plan. **Si no recibe una carta con la decisión del Plan en un plazo de 30 días, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso.** Lea la sección a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal.

APELACIONES EXPEDITAS

Si cree que esperar 30 días perjudicará su salud, podría obtener una respuesta en 72 horas. Al presentar su apelación, explique por qué esperar perjudicará su salud. Asegúrese de solicitar una **"apelación acelerada".**

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Notificación de Resolución de Apelación" que le informa que SLOBHD sigue sin prestar los servicios, o **si nunca recibió una carta con la decisión y han pasado más de 30 días,** puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** siguientes a la fecha de la carta de "Notificación de Resolución de Apelación". Si su Condado continuó brindándole el tratamiento en disputa durante el proceso de apelación, tiene derecho a solicitar que el Condado continúe brindándole dicho tratamiento hasta que se tome una decisión sobre su Audiencia Estatal. **Si actualmente recibe tratamiento y desea continuarlo mientras se revisa su solicitud de Audiencia Estatal, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 10 días** siguientes a la

fecha del matasellos o la fecha de entrega de la "Notificación de Resolución de Apelación". Al solicitar una Audiencia Estatal, debe indicar que desea continuar con su tratamiento. No será responsable del costo de la continuación del tratamiento si la decisión de la Audiencia Estatal confirma la determinación adversa de beneficios del Condado. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

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, llame al **TTY/TDD 1800-952-8349**.
- Electrónicamente: Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California 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, número 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 número 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 perjudicara 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.”

LAYUDA LEGAL

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

COUNTY OF SAN LUIS OBISPO
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

Dana McEwen, LMFT, LPCC *Behavioral Health Director*

AVISO DE NO DISCRIMINACION

La discriminación es contra la ley. El Departamento de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo (SLOBHD) sigue leyes de derechos civiles Federales. SLOBHD no discrimina, excluye a personas, o le trata diferente debido a sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

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 1-800-7352922 Servicio de Retransmisión de California/TTY. Si lo solicita, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, audio o formatos electrónicos accesibles.

COMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted cree que SLOBHD le ha fallado en proveer estos servicios o le ha discriminado ilegalmente en otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, 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 **1-800838-1381** 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.
- Electrónicamente: Visite el sitio web de SLOBHD en slocounty.ca.gov

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.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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, llame al TTY/TDD 1-800-537-7697.
- Por escrito: Complete un 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

NOTICE OF AVAILABILITY - AVISO DE DISPONIBIDAD

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922. These services are free of charge.

العربية (Arabic)

1-800-838-1381 إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ :يُر ج الانتباه

تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة:TTY 1-800-735-2922

1-800-838-1381 اتصل بـ .بطريقة بريل والخط الكب ري

1-800-735-2922 (TTY:هذه الخدمات مجانية .

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու
ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ ប ើអ្ន ក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា រ ស់អ្ន ក សូម ទូរស័ព្ទជៅបេខ 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. ។ ជំនួយ និង បសវាកមម សត្ា ់ ជនព្ិការ ដូចជាឯកសារសរបសរជាអ្ក្សរផុស សត្ា ់ជនព្ិការភ្នក ឬឯកសារសរបសរជាអ្ក្សរព្ុមពធំ ក៏អាចរកបានផងក្ដរ។ ទូរស័ព្ទមកបេខ 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. ។ បសវាកមមទំងបនេះមិនគិរថ្លៃប ើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-838-1381;

TTY: 1-800-735-2922。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-838-1381 TTY: 1-800-735-2922。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: با تماس بگیرید[1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922 اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با کمکها و .
1-800-838-1381; با .خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است
TTY: 1-800-735-2922. تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند .]

ह िंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-838-1381;
TTY: 1-800-735-2922. पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगोीं के ललए सहायता और सेवाऐों , जैसे ब्रेल और बडे लरोंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. पर कॉल करें। ये सेवाऐों लन: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)
注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. ການບໍລິການເຫ ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-838-1381;
TTY: 1-800-735-2922. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸਾ ਧ ਿੱ ਚ ਮਿ ਿ ੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-838-1381;
TTY: 1-800-735-2922. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇ ਾ ਾ ਂ, ਧਜ ੇਂ ਧਕ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਧ ਿੱ ਚ ਿਸਤਾ ੇਜ਼, ੀ ਉਪਲਬ੍ਿ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. ਇਹ ਸੇ ਾ ਾ ਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-838-1381; линия TTY: 1-800-735-2922. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-838-1381; линия TTY: 1-800-735-2922.
Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-838-1381;
TTY: 1-800-735-2922. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print.
Tumawag sa 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. น
อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ ส าหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. ไม่มีค่าใช้จ่ายส าหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-838-1381; TTY: 1-800-735-2922. Các dịch vụ này đều miễn phí.