



SAN MATEO COUNTY HEALTH

## BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

適用於心理健康計畫和 DMC-ODS 郡計畫

Quality Management  
1950 Alameda de las Pulgas  
Suite 157  
San Mateo, CA 94403  
650-573-3431 T  
650-525-1762 F  
[smchealth.org](http://smchealth.org)

"NAR YOUR RIGHTS"  
"NAR 您的權利"

### YOUR RIGHTS UNDER MEDI-CAL 您在加州 Medi-Cal 低收入醫療保險（白卡）計畫下的權利

---

如果您需要計畫部以大字體、點字或電子格式等其他通訊格式提供本通知和/或其他文件，或者您需要材料閱讀方面的協助，請致電 電話號碼 聯繫計畫部。

如果您仍然不同意計畫部的決議，可以請求舉行「州聽證會」，由法官複審您的案件。

您必須自收到本函之日起 **120 天** 內請求舉行州聽證會。但是，如果您目前正在接受治療並且上訴時想繼續接受治療，則必須在本函加蓋郵戳或交付給您之日起 **10 天** 內或者在您的健康計畫表示服務將停止或減少的日期前請求舉行州聽證會。您請求舉行州聽證會時，必須說明您想繼續接受治療。您無需支付州聽證會費用。

您可以透過電話、電子方式或書面形式請求舉行州聽證會：

- 電話：撥打 **1-800-952-5253**。如果您聽說能力不佳，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。請至加州社會服務廳網站，填寫電子表單：<https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- 書面形式：填寫州聽證會表單或致信：

**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

適用於心理健康計畫和 DMC-ODS 郡計畫

請務必載明您的姓名、地址、電話號碼、出生日期以及希望舉行州聽證會的理由。如果是他人代您請求舉行州聽證會，請在表單或信函中加註其姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯員，請告知我們您的語言。您無需支付口譯員的費用，我們會為您安排。

在您請求舉行州聽證會之後，可能最長需要 **90** 天才能判決您的案件並向您做出答覆。如果您認為長時間等待有損您的身體健康，您可以在 **72** 小時內獲得答覆，請讓您的醫生或心理健康計畫部為您寫信，或者您也可以親自寫信，詳細解釋：為了獲知您的案件判決結果而等待長達 **90** 天會怎樣嚴重損害您的生命、身體健康或取得、保持或重獲最佳身體功能的能力。然後，務必請求舉行「**加急聽證會**」並在信函中提出您的聽證會請求。

### 授權代表

您可以在州聽證會上發言，或者讓他人代您發言，例如，親朋好友、（殘障人士）支持者、醫生或律師。如果您想讓他人代您發言，您必須告知州聽證會辦公室：您允許此人代表您發言。此人稱為「授權代表」。

### 法律扶助

您可以獲得免費法律扶助。您也可以撥打您所在郡的當地法律援助計畫部電話：**888-804-3536**。

