



AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS

Acerca de su solicitud de tratamiento

[Fecha]

[Nombre del beneficiario]

[Nombre del proveedor tratante]

[Dirección]

[Dirección]

[Ciudad, Código del estado]

[Ciudad, Código del estado]

Referencia: [servicio solicitado]

Usted o su proveedor [nombre del proveedor solicitante] le ha pedido al Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD que obtenga o apruebe [servicio solicitado]. El [condado o nombre del proveedor solicitante] no ha prestado servicios dentro del plazo de [cantidad de] días laborables. Según nuestros registros usted solicitó servicios o se solicitaron servicios en su nombre el [fecha de la solicitud].

Nos disculpamos por la demora en brindarle el servicio a tiempo. Estamos trabajando en su solicitud y le brindaremos [servicio solicitado] pronto.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso informativo "Sus derechos" que se adjunta dice cómo y dónde puede obtener ayuda para hacer la apelación. La asistencia legal también es gratuita. Se recomienda enviar junto con la apelación cualquier información o documentación que puedan ayudarlo en dicha apelación. El aviso informativo adjunto "Sus derechos" describe los plazos que debe cumplir al solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarlo si desea hacer alguna pregunta acerca del presente aviso. Si necesita ayuda, puede comunicarse con el Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD) las 24 horas llamando al 1-800-704-0900. Si tiene dificultad para hablar u oír, llame al número 800-855-7100 o al 711 del TTY/TTD para pedir ayuda durante las 24 horas del día.



Si necesita este aviso u otros documentos del condado en otro formato, por ejemplo, en letra grande, Braille o en formato electrónico; o, si necesita ayuda para leer el material comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD) llamando al 1-800-704-0900.

Si no está satisfecho con la ayuda que le ha brindado el condado o si necesita más asistencia, en la oficina del defensor de atención médica administrada de Medi-Cal del estado le darán una respuesta. Puede llamar al 1-888-452-8609 de lunes a viernes de 8 am a 5 pm PST, excepto los días feriados.

Este aviso no afecta ninguno de los otros servicios de Medi-Cal.

[Firma]

QIC o nombre de CSC, Credencial

Condado de Santa Clara – Departamento de Servicios de Salud Mental
P.O. Box 28504
San Jose, CA 95159

Documentos adjuntos: “Sus derechos”
Aviso de No Discriminación del Beneficiario
Información de Asistencia Lingüística



AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS (NOABD)

Sus derechos en virtud de Medi-Cal

Si necesita este aviso u otros documentos del condado en otro formato, por ejemplo, en letra grande, Braille o en formato electrónico; o, si necesita ayuda para leer el material comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD) llamando al 1-800-704-0900.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN ACERCA DE SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. DICHA APELACIÓN DEBE PRESENTARSE ANTE SU CONDADO.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de "Aviso de Determinación Adversa de Beneficios" para presentar una apelación. **Si actualmente está recibiendo tratamiento y desea seguir haciéndolo, debe solicitar una apelación dentro de un plazo de 10 días** a partir de la fecha de esta carta **O** antes de la fecha en que el condado diga que se suspenderán los servicios. Debe manifestar que desea seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar la apelación por teléfono o por escrito. Si lo hace por teléfono, debe seguir el trámite presentando una apelación por escrito con su firma. El condado le brindará asistencia gratuita si necesita ayuda.

- Para apelar por teléfono: comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD) durante las 24 horas llamando al 1-800-704-0900 o, si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 800-855-7100 o al 711.
- Para apelar por escrito: complete un formulario de apelación o escriba una carta al condado y envíela a:



County of Santa Clara Behavioral Health Services (CSC-BHSD)
P.O. Box 28504
San Jose, CA 95159

Su proveedor tendrá formularios de apelación a su disposición. El Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD) también podrá enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo o puede hacer que algún pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado lo hagan por usted. Esta persona se denomina "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que desee para que el condado la revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente a la persona que tomó la primera decisión.

El condado tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, recibirá una carta de "Aviso de Resolución de Apelación" en la que le comunicarán lo que el condado ha decidido. **Si no recibe la carta con la decisión del condado dentro de un plazo de 30 días, puede solicitar una "audiencia estatal" y un juez revisará su caso.** Lea la sección a continuación para ver las instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

APELACIONES EXPEDITAS

Si cree que esperar 30 días será perjudicial para su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de las 72 horas. Al presentar su apelación, explique por qué la espera perjudicará su salud y asegúrese de solicitar una "**apelación expedita**".

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió la carta de "Aviso de Resolución de Apelación" en la cual le informan que el condado no le proporcionará los servicios o, **si no recibió una carta para comunicarle la decisión luego de transcurridos más de 30 días**, puede solicitar una "audiencia estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por la audiencia estatal.

Debe solicitar la audiencia estatal dentro de un plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Aviso de Resolución de Apelación". Puede hacerlo por teléfono, por medios electrónicos o por escrito:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-952-5253**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **1-800-952-8349 del TTY/TDD**.



- Por medios electrónicos: puede solicitar una audiencia estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: [Solicitud de audiencia](#)
- Por escrito: complete un formulario de solicitud 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, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y la razón por la que desea una audiencia estatal. Si alguien lo ayuda a solicitar la audiencia estatal, agregue el nombre, la dirección y el número de teléfono de dicha persona al formulario o carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete, le conseguiremos uno.

Después de solicitar una audiencia estatal, la decisión de su caso y la respuesta pueden tener una demora de hasta 90 días. Si cree que esperar tanto tiempo será perjudicial para su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de los 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o al condado que escriban una carta por usted o puede hacerlo usted mismo. En ella debe explicar detalladamente las razones por las cuales esperar 90 días para la decisión de su caso sería muy perjudicial para su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar sus capacidades al máximo. Luego, solicite una "**audiencia expedita**" y entregue la carta con su solicitud de audiencia.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

En la audiencia estatal puede hablar usted mismo o alguien, por ejemplo, un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe informar a la oficina de audiencias estatales que la persona puede hablar por usted. Esta persona se denomina "representante autorizado".

ASISTENCIA LEGAL

Es posible que pueda obtener asistencia legal gratuita. También puede comunicarse con el programa local de asistencia legal (Legal Aid Program) de su condado llamando al 1.888.804.3536.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contraria a la ley. El *Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD)* cumple las leyes estatales y federales sobre los derechos civiles. *El Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD)* no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni les da un trato diferente por motivo de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

El Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD) ofrece:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - Información impresa en otros formatos (letra grande, braille, audio o formatos electrónicos accesibles)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el *Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD)* las 24 horas llamando al 1-800-704-0900 O, si no puede oír o hablar bien, al 800-855-7100 o al 711. Sobre pedido este documento se puede ofrecer en braille, letra grande, audio o formato electrónico accesible.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted cree que el *Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD)* no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivo de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el



[coordinador de derechos civiles de la entidad asociada]. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- **Por teléfono:** comuníquese con el *[coordinador de derechos civiles de la entidad asociada]* en el horario *[horario de atención]* llamando al *[número de teléfono]* O, si no puede oír o hablar bien, al *[número TYY/TDD]*.
- **Por escrito:** llene un formulario de queja o escriba una carta y envíelos a: *[dirección del coordinador de derechos civiles de la entidad asociada]*
- **En persona:** visite el consultorio de su médico o el *Departamento de Servicios de Salud Mental del Condado de Santa Clara (CSC-BHSD)* y diga que desea presentar una queja.
- **Por medios electrónicos:** visite el sitio web de *[entidad asociada]* en *[enlace web]*.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja por violación de sus derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- **Por teléfono:** llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de California)**.
- **Por escrito:** complete un formulario o envíe una carta a:
**Oficina de Derechos Civiles del
Departamento de Servicios de
Salud
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**



Los formularios para presentar quejas están disponibles en: <https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- Por medios electrónicos: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

Si usted cree que ha sido discriminado por motivo de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja por violación de sus derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **1-800-537-7697** del TTY/TDD.
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**Departamento de Salud y Servicios
Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

- Los formularios para presentar quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por medios electrónicos: visite el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



INFORMACIÓN DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA

Mensaje (inglés)

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (árabe)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (armenio)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711]): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ហ្គាសម្ពាសជាភាសាខ្មែរ (cambodiano)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (chino)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])。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 1-800-704-0900 (TTY: [1-800-855-7100 or 711])。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف



بزرگ، نیز موجود است. با (1-800-855-7100 or 711) (TTY: 1-800-704-0900) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.



हिंदी टैगलाइन (hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). 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 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (japonés)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711)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。 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711)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 태그라인 (coreano)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (laosiano)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.



ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (punyabí)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ਆਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੁੱਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский слоган (ruso)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-704-0900 (линия ТТУ: 1-800-855-7100 or 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-704-0900 (линия ТТУ: 1-800-855-7100 or 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (español)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (tagalo)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (tailandés)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) นอกจากนี้
ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (ucraniano)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.



Телефонуйте на номер 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (vietnamita)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). 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 1-800-704-0900 (TTY: 1-800-855-7100 or 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.