

如需健保计划以其他交流格式（如大字体、盲文或电子格式）提供本通知和/或其他文件，或需援助阅读材料，请致电求助和危机热线 (ACL)，电话：1-888-724-7240。

如您仍不同意健保计划的决定，还可要求举行“州级听证会”，由法官审查您的病案。

必须在此信所示日期起 **120 天**内要求举行州级听证会。但是，**如果目前正在接受治疗并希望继续接受治疗，则须在此信邮戳日期或交给您之日起 10 天**内或在健保计划通知服务将停止或减少的日期之前提出上诉。要求举行州级听证会时，必须说明希望继续接受治疗。州级听证会免费。

也可致电、电子方式或写信要求举行州级听证会：

- **电话**：请致电 **1-800-952-5253**。如果听说不便，请致电**听障专线：1-800-952-8349**。
- **电子方式**：可在线申请州级听证会。请访问加州社会服务处 (CDSS) 网站填写电子表格：
http://acms.dss.ca.gov/acms.page.request.do?page=public.intakeForms#acms_columns
- **写信**：请填写州级听证会申请表或写信寄至：

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

务请包含姓名、地址、电话号码、出生日期及想申请州级听证会的原因。如有人在帮您申请州级听证会，请在申请表或信中加上该人的姓名、地址和电话号码。如需口译员，请说明您说的语言。您不需要支付口译员的费用，会免费为您提供。

申请州级听证会后，决定病案和作出答复可能需要长达 **90 天**的时间。如您认为长时间等待会损害您的健康，即可在 **72 小时**内得到答复。应请医生或心理健保计划为您写一封信，也可自己写。信中须详细说明，如果病案决定等待长达 **90 天**，会如何严重损害您的生命、健康或您获得、维持或恢复最大功能的能力。然后，务必申请“**加急听证会**”，并在信中申请听证会。

您的州级听证会权利 - 加州医疗保健服务处 (DHCS)

圣地亚哥县行为健康服务 (BHS) (健保计划) 修订日期：2022 年 2 月 7 日

授权代表

您可在州级听证会上为自己陈述，或让他人为您代言，例如，亲戚、朋友、权益代言人、医生或律师。如果希望其他人代您发言，则须告诉州级听证会办公室该人可以代您发言。此人称为“授权代表”。

法律援助

您或许能获得免费法律援助。可致电 **1-877-734-3258** 联系所在县当地法律援助计划。