

**管理式照護遭到拒絕的州政府聽證會申請表**

您可以透過電話要求州政府聽證會，請致電：**1-800-743-8525**。TDD 專線使用者請撥**1-800-952-8349**。您也可以透過下列方式提出聽證會要求：

- 您可以在**線上**提出聽證會要求，網址為 **WWW.CDSS.CA.GOV**
- 您可以填寫本申請表並**傳真**給州政府聽證會辦公室：**916-309-3487**
- 您可以填寫本申請表並**透過電子郵件傳送至**：  
**SCOPEOFBENEFIT S@DSS.CA.GOV**
- **(備註：如果您透過電子郵件傳送申請表，請瞭解，可能會有州政府聽證會部門以外的其他人攔截您的電子郵件。請考慮使用安全方式寄送您的申請表。)**
- 您也可以**郵寄**此州政府聽證會申請表至：

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

如需填寫本申請表的免費協助，請致電附件「您的權利」通知上所列的法律援助電話號碼

我不同意與我健康照護有關的決定。請說明醫生所要求的治療、藥物、器材或服務。我不同意的理由：

---

---

---

---

(如果需要更多空間填寫，請另外加頁，然後附加到本頁。)

請提供下列有關受益人的資訊  
(此處受益人是指醫療福利遭到拒絕的人士)

姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_

地址 (您可以收郵件的地方)： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

您是否允許我們透過電子郵件與您聯繫？ [ ] 是 [ ] 否

如回答「是」，您的電子郵件地址是： \_\_\_\_\_

請提供您的 **Medi-Cal 福利識別卡 (Benefit Identification Card, BIC)** 卡號和 / 或社會安全號碼 (如有)： \_\_\_\_\_

您是否擁有一般 Medi-Cal (按服務收費) 或管理式照護計畫？

\_\_\_\_\_

如有管理式照護計畫，您的健保計畫名稱是：

\_\_\_\_\_

**請回答適用於受益人的每項問題**

我的醫生要求這項健康福利的日期是： \_\_\_\_\_

健保計畫拒絕這項健康福利的日期是： \_\_\_\_\_

我已經針對此個案向健保計畫提出上訴：

是 [ ] 日期？ \_\_\_\_\_ 否 [ ]

健保計畫已針對該上訴作出答覆：

是 [ ] 日期？ \_\_\_\_\_ 否 [ ]

您是否向健保計畫要求特急 (72 小時) 上訴？ [ ] 是 [ ] 否

健保計畫是否在 72 小時內對上訴做出決定？ [ ] 是 [ ] 否

**我的聽證會需求如下 (請勾選適用於您的方框)：** \_\_\_\_\_

- 我需要特急聽證會，因為我的情況緊急。** 我的個案必須很快獲得裁決，我無法等候長達 90 天的時間。以下列出沒有快速決定會發生的情況：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**請說明為何無法等候長達 90 天的時間。如果您沒有說明，您的個案將不會以特急方式進行審查，且將會按照正常時程安排審查。** 您可以提交醫生或計畫的信函，證明您無法等候的理由。

- 持續服務 / 待審期間補助給付：請繼續提供我的治療，直到法官裁定我的個案為止。** (請說明您想要繼續接受的治療並指出計畫停止治療的日期或打算停止治療的日期)：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

我想使用免費的口譯員。我使用的語言或方言是： \_\_\_\_\_

我是殘障人士且我需要合理的便利設施，以協助我參與聽證會。我需要的便利設施是：

\_\_\_\_\_

在聽證會上，我想請別人代我 (代表我) 發言。該人士可查看我病歷中與此次聽證會有關的資訊並參加聽證會。我選擇代表我發言的人士是：

姓名： \_\_\_\_\_ 電話號碼： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

我的簽名： \_\_\_\_\_ 今天日期： \_\_\_\_\_

郵寄本申請表時請附上您計畫寄給您的信函 (上訴決議通知，若有)。  
(如果您想自己保留一份本申請表，請於寄出前複印。)