**County of Fresno**

DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH

SUSAN L. HOLT

 DIRECTOR OF BEHAVIORAL HEALTH

PUBLIC GUARDIAN

**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento**

September 22, 2021

Name of Person Served Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

RE: Servicios especializados de salud mental

Usted está interesado en los servicios especializados de salud mental a través de Fresno County Mental Health Plan (Plan de salud mental del condado de Fresno) (FCMHP) o ya los recibe. A partir del August 9, 2021 ya no aprobaremos este tratamiento. Esta decisión se debe a que el tratamiento que está recibiendo a través de FCMHP ya no es apropiado para su condición de salud mental. Su plan de tratamiento se actualizó para reflejar un tratamiento alternativo. Si usted no se comunica con nosotros, asumiremos que está de acuerdo con la decisión, que ya no necesita nuestros servicios o que ha accedido a los servicios con otro proveedor.

Puede apelar esta decisión si la considera incorrecta. El aviso de información adjunto “Sus derechos” le explica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe junto con su apelación cualquier información o documento que pueda ayudarle. El aviso de información adjunto “Sus derechos” proporciona los plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, el protocolo o los criterios en los que basamos nuestra decisión. Para solicitarlo, llame a Fresno County Mental Health Plan (FCMHP) al 1-800-654-3937.

Si desea seguir recibiendo este servicio mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que su plan de salud mental dice que los servicios se suspenderán o reducirán.

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

FCMHP puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a FCMHP al 1-800-654-3937 las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número TTY/TDD marcando el 711 para comunicarse con el California Relay Service (Servicio de Retransmision de California), que está disponible las
24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos de FCMHP en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con FCMHP llamando al 1-800-654-3937.

Si FCMHP no lo ayuda a su conveniencia y/o necesita ayuda adicional, la Oficina Estatal del Defensor del Pueblo para la Atención Médica administrada por Medi-Cal puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlo de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. PST, excepto en días festivos, al 1-888-452-8609.

Name of “Decision-Maker”

Title of “Decision-Maker”

Direct Line of “Decision-Maker”

Adjuntos: “Your Rights” (Sus derechos) de NOABD

 Language Assistance Taglines (Asistencia lingüística)

 Beneficiary Non-Discrimination Notice (Aviso de no discriminación)

CC:

SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan de Salud Mental del Condado de Fresno (FCMHP) en un formato de comunicación alternativo como letra grande, Braille o un formato electrónico, o, si desea ayuda para leer el material, por favor comuníquese con FCMHP llamando al 1-800-654-3937.

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA ACERCA DE SU SALUD MENTAL O EL TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE EL FCMHP.**

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días a partir de la fecha** de esta carta de "Notificación de Determinación Adversa de Beneficios" para presentar una apelación. **Si actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar recibiéndolo, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha de esta carta O antes de la fecha en que FCMHP advierte que los servicios se suspenderán. Cuando presente laapelación, usted debe establecer que desea seguir recibiendo tratamiento.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe hacer un seguimiento con una apelación escrita y firmada. El FCMHP le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

* Para apelar por teléfono: contacte a FCMHP las 24 horas del día, 7 días a la semana llamando al 1-800-654-3937. O, si tiene problemas para oír o hablar, llame al número 711 de TYY/TDD para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California.
* Apelar por escrito: rellene un formulario de apelación o escriba una carta a FCMHP y envíela a:

Fresno County Mental Health Plan

P.O. Box 45003

Fresno, CA 93718-9886

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. FCMHP también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo o puede pedirle a alguien como un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado que presente la apelación por usted. Esta persona se llama "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que quiera que FCMHP revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente al que tomó la primera decisión.

FCMHP tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, recibirá una carta de "Aviso de Resolución de la Apelación". Esta carta le dirá lo que el FCMHP ha decidido. **Si no recibe una carta con la decisión del FCMHP en un plazo de 30 días, puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso**. Lea la siguiente sección para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

**APELACIONES ACELERADAS**

Si cree que esperar 30 días puede perjudicar su salud, puede obtener una respuesta en 72 horas. Cuando presente su apelación, diga por qué la espera perjudicará su salud. Asegúrese de pedir una "**apelación acelerada".**

**AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Aviso de Resolución de la Apelación" diciéndole que el FCMHP no prestará los servicios, o **nunca recibió una carta informándole de la decisión y ya han pasado 30 días,** puede solicitar una "audiencia estatal" y un juez revisará su caso. Usted no tendrá que pagar por una audiencia estatal.

Debe solicitar la audiencia estatal en un plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Aviso de resolución de la apelación".

**Cambios temporales en los plazos de solicitud de audiencia estatal justa**

Si el plazo de 120 días se produce entre el 1 de marzo de 2020 y el final de la emergencia de salud pública del COVID-19, se están permitiendo hasta 120 días adicionales para solicitar una audiencia estatal(es decir, el plazo inicial de 120 días más otros 120 días adicionales, para un total de 240 días).

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, por favor llame al **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
* Electrónicamente: Puede solicitar una audiencia estatalen línea. Por favor, 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: Rellene un formulario de audiencia estatalo 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 le ayuda a solicitar una audiencia estatal, añada su nombre, dirección y número de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete, por favor indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después que pida una audiencia estatal, podría tomar hasta 90 días para decidir su caso y enviarle una respuesta. Si cree que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, podría obtener una respuesta dentro de 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o a FCMHP que escriba una carta por usted, o puede escribirla usted mismo. La carta debe explicar en detalle cómo el esperar hasta 90 días para que se decida su caso perjudicará seriamente su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad. Luego, solicite una **"audiencia acelerada"** y entregue la carta con su solicitud de audiencia.

**Representante autorizado**

Puede hablar usted mismo en la audiencia estatal, o alguien como un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informar a la oficina de audiencias estatales que esa persona va a hablar por usted. Esta persona se llama "representante autorizado".

## **ASISTENCIA LEGAL**

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de asistencia jurídica de su condado al 1-888-804-3536.

#### AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. El Plan de Salud Mental del Condado de Fresno (FCMHP) sigue las leyes federales y estatales de derechos civiles. El FCMHP no discrimina, excluye otrata a las personas de forma diferente.

El FCMHP proporciona:

* Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
* intérpretes cualificados de lenguaje de signos
* información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
* Servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
* intérpretes cualificados
* información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede comunicarse con el FCMHP las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando al 1-800-654-3937. O, si no puede oír o hablar bien, marque 711 para comunicarse con el Servicio de Relevo de California, que está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

Si usted cree que el FCMHP no ha brindado estos servicios o que ha discriminado de otra manera en base al sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual o cualquier otra base protegida por las leyes de derechos civiles federales o estatales, puede presentar un reclamo por discriminación ante el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California - Oficina de Derechos Civiles. Puede presentar una reclamaciónpor teléfono, por escrito o por correo electrónico:

* Por teléfono: Llame al **1-916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **TTY/TDD 711.**
* Por escrito: Rellene un formulario dereclamaciones, o escriba una carta y envíela:

**Office of Civil Rights**

**Department of Health Care Services**

**P.O. Box 997413, MS 0009,**

**Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de reclamacionesestán disponibles en https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures

* Correo electrónico: CivilRights@dhcs.ca.gov.

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una reclamaciónde derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o electrónicamente:

* Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
* Por escrito: Rellene un formulario de reclamacióno envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

Los formularios de reclamacionesestán disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

* Electrónicamente: Visite el portal de reclamacionesde la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

**Fresno County Mental Health Plan**

**Language Assistance Taglines**

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(English)**

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 1-800-654-3937 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(Spanish)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(Hmong)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغویة تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-654-3937 (711- ھاتف الصم والبكم) **(Arabic)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-654-3937 (TTY (հեռատիպ)՝ 711): **(Armenian)**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-654-3937 (TTY: 711)។ **(Cambodian/Khmer)**

 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-654-3937

 (TTY：711）。**(Chinese)**

**توجه**: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-654-3937 (TTY: 711) تماس بگیرید. **(Farsi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-654-3937 (TTY: 711) पर कॉल करें। **(Hindi)**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-654-3937（TTY:711）まで、お電話にてご連絡ください。**(Japanese)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-654-3937 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. **(Korean)**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(Lao)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-654-3937 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। **(Punjabi)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-654-3937 (телетайп: 711). **(Russian)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(Tagalog)**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(Thai)**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-654-3937(телетайп: 711). **(Ukranian)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-654-3937 (TTY: 711). **(Vietnamese)**