

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ НА УРОВНЕ ШТАТА ПО ДЕЛУ ОБ ОТКАЗЕ  
В УПРАВЛЯЕМОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ**

Запросы о проведении слушания на уровне штата принимаются по телефону 1-800-743-8525. Линия TTD: 1-800-952-8349.

Заявление также можно подать одним из следующих способов:

- ОНЛАЙН на портале [WWW.CDSS.CA.GOV](http://WWW.CDSS.CA.GOV)
- **ПО ФАКСУ**, отправив заполненный бланк в отдел слушаний на номер 916-309-3487.
- **ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ**, отправив заполненный бланк по адресу **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**.
- **ПО ПОЧТЕ**, отправив заполненный бланк по адресу:

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

***Если вам нужна помощь в заполнении заявления, позвоните в юридическую консультацию по телефону, указанному в прилагаемом уведомлении «Ваши права». Услуга предоставляется бесплатно.***

**Меня не устраивает решение, принятое в отношении моего стоматологического лечения. Укажите, какое лечение, препарат, оборудование или услугу предложил врач. Причины моего несогласия:**

---

---

---

---

---

---

---

---

(Если нужно больше места, продолжите на другом листе и прикрепите его к заявлению).

**СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ ЛЬГОТ**

**(лицо, которому отказано в предоставлении страховых льгот)**

**ПОЛНОЕ ИМЯ:** \_\_\_\_\_

**ДАТА РОЖДЕНИЯ:** \_\_\_\_\_

**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:** \_\_\_\_\_

**ТЕЛЕФОН:** \_\_\_\_\_

**Вам можно писать по электронной почте?** [  ] ДА [  ] НЕТ

Если да, укажите **АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:** \_\_\_\_\_

Укажите номер карты **ВІС** программы **Medi-Cal** и (или) номер социального **обеспечения** (если известен) \_\_\_\_\_

Тип страховки: стандартная **Medi-Cal** (**оплата услуг по факту**) или **управляемое**

**медицинское обслуживание?** \_\_\_\_\_

Если **управляемое медицинское обслуживание**, укажите **название ПЛАНА**

**МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:** \_\_\_\_\_

**ОТВЕТЬТЕ НА ВСЕ ВОПРОСЫ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К ПОЛУЧАТЕЛЮ ЛЬГОТ**

Дата запроса о страховом покрытии данной процедуры: \_\_\_\_\_

Дата отказа в страховом покрытии данной процедуры: \_\_\_\_\_

Я подавал(-а) апелляцию в план стоматологического обслуживания:

ДА [     ] **Какого числа?** \_\_\_\_\_ НЕТ [     ]

План стоматологического обслуживания ответил на апелляцию:

ДА [     ] **Какого числа?** \_\_\_\_\_ НЕТ [     ]

Была ли апелляция срочной (решение за 72 ч)? ДА [     ]     НЕТ [     ]

План дал решение по апелляции в течение 72 ч? [     ] ДА     [     ] НЕТ

**НА СЛУШАНИИ МНЕ ПОТРЕБУЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ (отметьте нужное):**

- Слушание должно быть срочным, поскольку моя ситуация безотлагательна.** Мое дело необходимо рассмотреть в кратчайшие сроки, я не могу ждать до 90 дней. В противном случае произойдет следующее:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ПОЯСНИТЕ, ПОЧЕМУ ВЫ НЕ МОЖЕТЕ ЖДАТЬ ДО 90 ДНЕЙ. Без пояснения ваше дело будет рассматриваться в обычном порядке.** В качестве пояснения можно предъявить справку, полученную у врача или в плане.

- Непрерывность оказания услуг / оплата услуг в ожидании решения.** Прошу не прекращать лечения до тех пор, пока судья не вынесет решение. (Опишите, какое именно лечение не следует прекращать, и **укажите дату, в которую план остановил или планирует остановить его**):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Мне нужны бесплатные услуги устного перевода.** Мой язык или диалект: \_\_\_\_\_

- У меня инвалидность, и для участия в слушании мне потребуются особые условия и технические средства реабилитации,** а именно: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Я хочу доверить другому лицу представлять мои интересы в ходе слушания.** У этого человека есть право доступа к моей стоматологической документации, имеющей отношение к слушанию, и право присутствия на слушании. Мое доверенное лицо:

Полное имя: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Моя подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ ПРИЛОЖИТЕ К ЭТОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ КОПИЮ ПИСЬМА (УВЕДОМЛЕНИЯ О РЕШЕНИИ ПО АПЕЛЛЯЦИИ), КОТОРОЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ОТ ПЛАНА, ЕСЛИ ОНО ЕСТЬ. (ЕСЛИ ВАМ НУЖЕН СОБСТВЕННЫЙ ЭКЗЕМПЛЯР ЗАЯВЛЕНИЯ, ПЕРЕД ОТПРАВКОЙ СДЕЛАЙТЕ КОПИЮ ДЛЯ СЕБЯ.)**

Указанная в этом заявлении личная и медицинская информация является конфиденциальной. На нее распространяется действие Уведомления о соблюдении конфиденциальности Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services, DHCS), с которым можно ознакомиться по следующей ссылке: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. Данная информация необходима отделу слушаний Департамента социального обеспечения (Department of Social Services, CDSS) для проведения работы по вашей апелляции. Отдел может передавать эту информацию другим агентствам или подрядчикам, которые участвуют в данной работе. DHCS и CDSS будут использовать или передавать данную информацию в других целях только с вашего разрешения или в случаях, предусмотренных законом. Вы обязаны указать в заявлении всю необходимую информацию и предоставить подтверждающую документацию. Если вы не предоставите всю необходимую информацию, мы не сможем назначить дату слушания или пересмотреть решение об отказе. В большинстве случаев лица, к которым относится данная информация, вправе с ней ознакомиться.

DHCS и CDSS уполномочены собирать эту информацию в соответствии с разделом 10950 и последующими разделами Свода законов об учреждениях и услугах социального обеспечения (Welfare and Institutions Code) и разделом 50951 титула 22 Свода нормативно-правовых актов штата Калифорния (California Code of Regulations). Настоящее уведомление о конфиденциальности приведено во исполнение требований раздела 1798.17 Гражданского кодекса штата Калифорния.