



**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO  
AVISO DE RETRASO DE AUTORIZACIÓN**

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

**ASUNTO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ha pedido a la División de Salud Conductual (BHD) del Condado de Sonoma, "el Plan", que obtenga o apruebe \_\_\_\_\_. El \_\_\_\_\_ no ha prestado servicios dentro \_\_\_\_\_ working days. Nuestros registros muestran que usted solicitó servicio(s), o que se solicitaron servicios en su nombre en **[date requested]**.

Le pedimos disculpas por la demora en la prestación de los servicios. Estamos procesando su solicitud y le brindaremos \_\_\_\_\_ pronto.

Si piensa que esta decisión es incorrecta, puede presentar una apelación. Encontrará las instrucciones en el documento adjunto titulado "Sus Derechos". Allí, también encontrará información sobre dónde puede dirigirse para obtener ayuda para la apelación. Esto también incluye asesoramiento legal gratuito. Le recomendamos que envíe la apelación junto con toda la información o los documentos que puedan respaldarla. El documento adjunto titulado "Sus Derechos" detalla los plazos que debe respetar para solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al Equipo de Acceso BHD del Condado de Sonoma al 1-800-870-876 (sin costo) o al 1-707-565-6900. Si tiene problemas para hablar o oír, llame al número TTY/TTD 711 para obtener ayuda.

**Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como fuente grande, Braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con BHD del Condado de Sonoma llamando al 1- 707-565-6900 o 1-800-870-8786 (24 horas al día, 7 días a la semana), o TTY 711.**

Si no recibe una respuesta satisfactoria del plan o necesita ayuda adicional, puede contactarse con la Oficina del Defensor del Pueblo para el Plan Estatal de Cuidado Administrado de Medi-Cal. Puede llamar al 1-888-452-8609 de lunes a viernes, de 8am a 5pm (hora estándar del Pacífico), excepto los feriados.

Este aviso no afecta los demás servicios de Medi-Cal que recibe.

---

**Adjuntos:**

- Sus derechos bajo la atención administrada de Medi-Cal,
- Aviso de no discriminación para miembros,
- Notificación de Asistencia Idiomatica



## **NOABD - SUS DERECHOS COMO BENEFICIARIO DE MEDI-CAL**

Si desea que le enviemos este aviso u otros documentos del División de Salud Conductual del Condado de Sonoma (BHD) en un formato alternativo, como un formato de letra grande, braille o electrónico, o si necesita ayuda para leer el material, comuníquese con el BHD al 707-565-6900, o al 1-800-870-8786. El personal está disponible las **24 horas** del día, los **7 días** de la semana.

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN QUE SE TOMÓ RESPECTO DE SU TRATAMIENTO POR UN TRASTORNO DE SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. LA APELACIÓN DEBE PRESENTARSE CON BHD.**

### **CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días** a partir de la fecha de este Aviso de determinación adversa de beneficio para presentar una apelación. Si está recibiendo tratamiento y quiere seguir recibiéndolo, debe presentar la apelación dentro de los **10 días** posteriores a la fecha de esta carta O los **10 días** anteriores a la fecha en la que BHD le informó que se suspenderán los servicios. Debe informar que quiere seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentarla por teléfono o por escrito. Si la presenta por teléfono, el paso siguiente es presentar una apelación escrita y firmada. BHD le brindará asistencia gratuita en caso de que necesite ayuda.

- **Para presentar una apelación por teléfono:** Comuníquese con el coordinador de reclamos de BHD al 707-565-7895 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.) o al 1-800-870-8786 (gratuito, las **24 horas** del día y los **7 días** de la semana). Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al TTY: 711.
- **Para presentar una apelación por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta BHD y envíela a la siguiente dirección:

**Sonoma County Behavioral Health Division  
C/O Grievance Coordinator  
2227 Capricorn Way  
Santa Rosa, CA., 95407-5419**

Su proveedor le brindará el formulario de apelación. BHD también puede enviarle uno. Usted puede presentar la apelación por sí mismo. También puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, asesor, proveedor o abogado, que la presente por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que quiera que el plan revise. La apelación será revisada por otro proveedor, no por la persona que tomó la decisión inicial.

El plan tiene **30 días** para darle una respuesta. Cuando BHD tenga la respuesta, le enviará un Aviso de resolución de apelación. En esa carta, se le informará la decisión BHD. Si no recibe una carta con la decisión del plan dentro de los **30 días**, puede solicitar una audiencia estatal para que un juez revise su caso. Lea la siguiente sección para saber cómo puede solicitar una audiencia estatal.

## **APELACIONES EXPEDITIVAS**

Si cree que esperar **30 días** puede ser perjudicial para su salud, quizás pueda obtener una respuesta dentro de las **72 horas**. Cuando presente la apelación, explique por qué piensa que esperar será perjudicial para su salud. Asegúrese de pedir una **“apelación expeditiva.”**

## **AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió un Aviso de resolución de apelación que le informa que su BHD no le brindará los servicios o si no recibió una carta con la decisión y ya han pasado más de **30 días**, puede solicitar una audiencia estatal para que un juez revise su caso. No tendrá que pagar por la audiencia estatal.

Debe solicitarla dentro de los **120 días** posteriores a la fecha del Aviso de resolución de apelación. Puede solicitarla por teléfono, por medios electrónicos o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al 1–800–952–5253. Si no puede escuchar o hablar bien, llame a la línea de TTY/TDD 1–800–952–8349.
- **Por medios electrónicos:** Puede solicitar una audiencia estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California y complete el formulario electrónico: <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/state-hearings#main-content>
- **Por escrito:** Complete el formulario de audiencia estatal o envíe una carta a la siguiente dirección:

**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 y fecha de nacimiento y el motivo por el que solicita la audiencia estatal. Si alguien le ayuda a solicitar la audiencia estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por el intérprete. Nosotros le brindaremos el servicio.

Después de que solicite una audiencia estatal, pueden transcurrir hasta **90 días** antes de que se tome una decisión sobre el caso y se le envíe una respuesta. Si cree que esperar ese plazo podría ser perjudicial para su salud, quizás pueda obtener una respuesta dentro de **3 días** hábiles. Puede pedirle a su proveedor o al plan que escriba una carta por usted o puede escribirla usted mismo. La carta debe explicar detalladamente que esperar hasta **90 días** para saber la decisión de su caso perjudicaría seriamente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar una funcionalidad máxima. Luego, pida una “**audiencia expeditiva**” y entregue la carta con su solicitud de audiencia.

### **Representante Autorizado**

Usted puede hablar por sí mismo en la audiencia estatal. También puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, asesor, proveedor o abogado, que hable por usted. Si quiere que otra persona hable por usted, debe informar a la oficina de audiencias estatales que dicha persona está autorizada para hacerlo. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

### **Asistencia Legal**

Es posible que pueda obtener asistencia legal gratuita. También puede comunicarse con el programa de asistencia legal de su condado al 1-888-804-3536.



## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA MIEMBROS

La discriminación es contra la ley. División de Salud Conductual Del Condado De Sonoma (BHD) sigue las leyes federales de derechos civiles. BHD no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

BHD proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, tales como:
  - o Intérpretes cualificados de lengua de signos
  - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - o Intérpretes calificadas
  - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el equipo de acceso de BHD (**24 horas** al día, **7 días** a la semana) llamando al 1-800-870-8786 (sin cargo) o al 707-565-6900. O, si no puede oír ni hablar Bueno, llame al TTY 711.

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que BHD no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante BHD. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono:** comuníquese con el Coordinador de quejas de BHD llamando al 707-565-7895 (lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.), o llamando al 1-800-870-8786 (llamada gratuita), las 24 horas, los **7 días** de la semana. O, si no puede oír o hablar bien, llame a TYY/TDD 711.
- **Por escrito:** complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:  
  
**Grievance Coordinator QA Clinical Specialist  
Sonoma County Behavioral Health Division  
2227 Capricorn Way  
Santa Rosa, CA 95407-5419**
- **En persona:** visite el consultorio de su proveedor o el BHD y diga que desea presentar una queja.

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a TTY/TDD 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o 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 queja están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## Notificación de Asistencia Idiomática

### Mensaje en Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 o 1-707-565-6900 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-870-8786 o 1-707-565-6900 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). These services are free of charge.

### (Arabic) بالعربية الشعار

تتوفر أيضًا المساعدات or 1-707-565-6900. or 1-800-870-800-1 يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-870-800-1 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل هذه الخدمات مجانية. (TTY: 711) 1-707-565-6900 (TTY: 711).

### (Armenian) Հայերէն պիտակ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### (Cambodian) ភ្នំសម្បជាកាសាខ្មែរ

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាកាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### (Chinese) 简体中文标语

请注意: 如果您需要以您的母语提供帮助, 请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 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 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### (Farsi) مطلب به زبان فارسی

تماس بگیرید. کمک ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت, مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ, نیز موجود است. با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شود.



### **(Hindi) हिंदी टैगलाइन**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### **(Hmong) Nqe Lus Hmoob Cob**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 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 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **(Japanese) 日本語表記**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 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。1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 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。

### **(Korean) 한국어 태그라인**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **(Laotian) ແທກໄລພາສາລາວ**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄທຫາດບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໄທຫາດບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **(Mien) Mien Tagline**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 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 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **(Punjabi) ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ਼ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **(Russian) Русский слоган**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **(Tagalog) Tagalog Tagline**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **(Thai) แท็กไลน์ภาษาไทย**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **(Ukrainian) Примітка українською**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **(Vietnamese) Khẩu hiệu tiếng Việt**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 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 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.