

Sus Derechos a una Audiencia

Para Pedir una Audiencia Estatal

El lado derecho de esta hoja explica cómo:

- Ud. tiene solamente 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comenzaron el día después de que le dimos o le enviamos esta noticia.
- Ud. tiene un período mucho más corto para pedir una audiencia si quiere retener los mismos servicios Medi-Cal de salud mental.

Para Retener los Mismos Servicios mientras Ud. Espera una Audiencia:

- Ud. debe pedir una audiencia antes de que ocurra la acción.
- Sus servicios Medi-Cal de salud mental serán iguales hasta su audiencia o hasta que su proveedor diga que Ud. ya no necesita los servicios, lo que venga primero.

Para Obtener Ayuda

Ud. puede informarse sobre sus derechos a una audiencia o sobre consejo legal gratuito con el número informativo del estado.

Hable sin cargos: 1 800 952-5253

Si usted no oye y usa TDD, hable a: 1 800 952-8349

Si Ud. no quiere venir sólo a la audiencia, puede traer a un amigo, un abogado, o quién sea. Ud. mismo debe buscar la otra persona.

Ud. puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de ayuda legal o grupo local de derechos de los recipientes de ayuda pública.

Archivo de Audiencia: Si Ud. pide una audiencia, la Oficina de Audiencias del Estado establecerá un archivo. Ud. tiene el derecho de ver este archivo. El Estado puede entregar su archivo al Departamento de Ayuda Pública o al Departamento Federal de Salud y Swervicios Humanos (Código W&I Sección 10950).

Interim NOA-BACK

Cómo Pedir una Audiencia Estatal

La mejor forma de pedir una audiencia es de rellenar esta página. Hágase una copia de ambos lados para sus archivos. Entonces, envíe o lleve esta página a:

Administrative Adjudications Division
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 95814

Residentes del Condado de Los Angeles envíe a:
Fair Hearing Section
P. O. Box 10280
Glendale, CA 91209

Otra forma de pedir una audiencia es de hablar al 1-800-952-5253. Si Ud. no oye y usa TDD, hable a 1-800-952-8349.

Petición de Audiencia

Yo quiero una audiencia respeto a una acción pertinente a Medi-Cal tomada por el Plan Mental del Condado de Santa Bárbara.

Por lo siguiente:

___ Indíque y adjunte otra página si necesita más espacio.

Quiero que la persona nombrada abajo me represente en esta audiencia. Doy me permiso para que esta persona vea mis archivos o asiste a la audiencia por mí.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Necesito un intérprete sin costo para mí. Mi idioma o dialecto es: _____

Mi nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Mi firma: _____

Fecha: _____