如果您需要從該郡獲得該通知和/或其他文件的其他通訊格式，如大字體、點字或電子格式，或者如果您需要閱讀資料的協助，請致電 1-888-724-7240 聯絡服務與危機熱線 (ACL)。

如果您不同意為您的心理健康或物質使用疾患治療而做出的決定，您可提出上訴。該上訴是在您的居住郡提出。

<u>如何提出上訴</u>

從該「不利福利決定通知」信之日起，您有 **<u>60 天</u>**的時間提出上訴。如果您的居住郡決定減少、暫停或終止您已接受的治療，您有權要求該郡在您的上訴接受審查期間繼續提供該治療。這被稱為 Aid Paid Pending（待付費協助）。要符合 Aid Paid Pending（待付費協助）的資格，您必須在此信上之日起 10 天內或者在您的居住郡表示服務將停止之日前（以較晚者為準），要求您的居住郡提出上訴。當您於以上這些時間範圍內要求上訴時，即使您的居住郡必須向您提供 Aid Paid Pending（待付費協助），您也應該在您要求上訴時告知您的居住郡，您希望獲得 Aid Paid Pending（待付費協助）直到對您的上訴做出決定為止。如果上訴決定維持該郡的不利福利決定，您將不負責繼續治療費用。

如果您錯過了要求上訴的 10 天期間，或者您未能在您的居住郡表示服務將停止之日前要求上訴，則從此不利福利決定通知之日起，您仍有 60 天要求上訴。然而，在對您的上訴做出決定期間，您將不會獲得 Aid Paid Pending（待付費協助）。

您可透過電話或以書面形式提出上訴。如果您透過電話提出上訴，您必須接著提交一份書面帶簽名的上訴。該郡將在您需要幫助時向您提供免費協助。

- <u>要透過電話上訴</u>：
    - 如需**住院和/或住宅服務**的申訴協助，您可以致電**猶太家庭服務 (JFS) 患者倡議計劃**，電話 619-282-1134 or 1-800-4792233.
    - 如需**門診服務**的上訴協助，您可以致電**消費者健康教育與宣導中心 (CCHEA)**，免付費電話號碼為 (877) 734-3258 (TTY 1-800-735-2929).。

- 或者，如果您聽不清楚或說話有困難，請撥打 711。

- 要以書面形式提出上訴：填寫上訴表或寫一封信給您的居住郡並寄至：

  - 住院和/或住宅服務：
    Jewish Family Service of San Diego (JFS)
    Joan & Irwin Jacobs Campus
    Turk Family Center Community Services Building
    8804 Balboa Avenue
    San Diego, CA 92123

  - 門診服務：
    Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCHEA)
    1764 San Diego Avenue, Suite 100
    San Diego, CA 92110

  您的提供者將提供上訴表。以上機構之一 也可向您發送表格。

您可自行提出上訴。或者，您也可以讓某人（例如親戚、朋友、倡議者、提供者或律師）為您提出上訴。此人被稱為「授權代表」。您可以遞交您希望您的居住郡審查的任何類型的資訊。您的上訴將由首先做出決定的人以外的其他提供者審查。

您的居住郡有 30 天的時間給您回覆。到那時，您將獲得一封「上訴決議通知」信。此信將告訴您該郡做出了什麼決定。**如果您未在 30 天內收到一封說明該郡決定的信，您可申請「州聽證會」，法官將審查您的案件**。請閱讀以下部分，以獲得有關如何申請州聽證會的說明。

加急上訴

如果您認為等待 30 天對您的健康有害，您可能可以在 72 小時內收到答覆。當提出上訴時，說明為何等待會傷害您的健康。確保您申請的是「**加急上訴**」。

州聽證會

如果您提出上訴並收到「上訴決議通知」信，告知您的居住郡仍然不會提供服務，或者**您從未收到把決定告知您的信並且已經過去 30 天**，那麼您可申請州聽證會，法官會審查您的案件。您不必支付州聽證會費用。

您必須在「上訴決議通知」信之日起 **120 天**內申請州聽證會。如果您的居住郡在上訴過程中繼續向您提供爭議的治療，您有權要求該郡繼續提供該治療直到做出有關州聽證會的決定為止。**如果您 目前正在接受治療並且您希望在審查州聽證會申請期間繼續治療，您必須在「上訴決議通知」信的郵戳日期或送交給您之日起 10 天內** 申請州聽證會。當

您要求進行州聽證會時，您必須指出您希望繼續獲得治療。如果州聽證會決定維持該郡的不利福利決定，您將不負責繼續治療費用。您不必支付州聽證會費用。

您可透過電話、電子或書面方式申請州聽證會:

- 透過電話：請撥打 **1-800-952-5253**. 如果您聽不清楚或說話有困難，請撥打 **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

- 以電子方式：您可以透過網絡方式申請州聽證會。請造訪加州社會服務部 (California Department of Social Services) 的網站以填寫電子表格：https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do

- 透過書面：填寫州聽證會表或寄信至：

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

  務必附上您的姓名、地址、電話號碼、出生日期以及您需要舉行州聽證會的原因。如果某人正在幫助您申請州聽證會，則在此表格或信中添加其姓名、地址及電話號碼。如果您需要口譯員，請指出您說的語言。您不必支付口譯員費用。我們將為您安排一名口譯員。

在您申請州聽證會後，最多可能需要 90 天的時間來對您的案件作出裁決，並向您提供答覆。如果您認為等待那麼長時間對您的健康有害，您可能可以在 3 個工作日內收到答覆。您可能希望要求您的提供者或居住郡為您寫一封信，您也可以自己寫。此信必須詳細解釋為您的案件等待長達 90 天的時間獲得決議，將如何嚴重危及您的生命、健康或獲取、維持或恢復最佳精神健康的能力。然後，要求**「加急聽證會」**，並將其連同您的聽證會要求信函一起遞交。

授權代表

您可在州聽證會上為自己發言。或者，某人（例如親戚、朋友、倡議者、提供者或律師）也可以為您發言。如果您需要別人為您發言，則您必須告訴州聽證會辦公室，您允許此人為您發言。此人被稱為「授權代表」。

法律援助

您可獲得免費的法律援助。您也可致電您的居住郡當地的法律援助計劃，電話 1-888-804-3536.