

**FORM PARA MAG-FILE NG PAGDINIG NG ESTADO MULA SA PAGTANGGI NG
PINAMAMAHALAANG PANGANGALAGA SA NGIPIN**

Maaari kang humingi ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng pagtawag sa: 1-800-743-8525. Mga gumagamit ng TTD, tumawag sa 1-800-952-8349.

Maaari ka ring humiling ng pagdinig sa mga sumusunod na paraan:

- Maaari kang humiling ng pagdinig ONLINE sa WWW.CDSS.CA.GOV
- Maaari mong punan ang form na ito at **I-FAX** ito sa Mga Pagdinig ng Estado sa 916-309-3487
- Maaari mong punan ang form na ito at **I-EMAIL** ito sa **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- Maaari mo ring **I-KOREO** ang kahilingan sa pagdinig ng estado na ito sa:

Departameno ng Social ng California
Mga Serbisyo ng Dibisyon ng Pagdinig ng Estado
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Para sa libreng tulong sa pagsagot ng form na ito, tawagan ang numero ng telepono ng tulong na pambatas na nakalista sa kalakip na Paunawa ng 'Iyong Mga Karapatan'

Hindi ako sumasang-ayon sa desisyon tungkol sa aking pangangalaga sa ngipin. Sabihin ang paggamot, gamot, kagamitan, o serbisyo na hiniling ng doktor. Hindi ako sumasang-ayon dahil:

(Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, gumamit ng isa pang piraso ng papel at ilakip ito dito.)

**MANGYARING IBIGAY ANG IMPORMASYON NA ITO TUNGKOL SA BENEPISYARYO
(Ito ang taong tinanggihan ng mga benepisyong medikal)**

PANGALAN: _____

PETSA NG KAPANGANAKAN: _____

ADDRESS (Saan ka makakakuha ng koreo): _____

NUMERO NG TELEPONO: _____

May pahintulot ba kami na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng email?

[] Oo [] HINDI

Kung Oo, ano ang iyong **EMAIL ADDRESS:** _____

Pakibigay ang iyong **Numero ng Medi-Cal BIC Card at /o Numero ng Social Security** kung mayroon ka _____

Estado ng California - Ahensya ng Kalusugan at Serbisyonang Pantao

Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan

Mayroon ka bang Straight Medi-Call (**Babayaran para sa Serbisyo**) or **Pinamamahalaang Pangangalaga?** _____

Kung **Pinamamahalaang Pangangalaga**, ano ang pangalan ng iyong **HEALTH PLAN**: _____

MANGYARING SAGUTIN ANG BAWAT TANONG NA ANGKOP SA BENEPISYO

Hiniling ng aking Dentista ang benepisyong pangkalusugan na ito sa petsang ito: _____

Tinanggihan ng Dental Plan ang benepisyong pangkalusugan na ito sa petsang ito: _____

Inapela ko ang kaso sa Dental Plan: OO [] **Sa anong petsa?** _____ HINDI []

Nagbigay ng sagot ang Dental Plan sa apela: OO [] **Sa anong petsa?** _____ HINDI []

Humiling ka ba sa Dental Plan ng pinabilis (72 Oras) na apela? OO [] HINDI []

Nagpasya ba ang Dental Plan ng apela sa loob ng 72 Oras? [] OO [] HINDI

KAILANGAN KO ANG MGA ITO PARA SA AKING PAGDINIG (Lagyan ng tsek ang Mga Kahong ito kung naangkop sa iyo ang mga ito):

Kailangan ko ng Pinabilis na Pagdinig dahil ang aking sitwasyon ay kailangang-kailangan. Ang aking kaso ay dapat na mapagpasyahan nang napakabilis at hindi ako makapaghintay ng hanggang 90 araw. Ito ang mangyayari kapag walang mabilis na desisyon:

Ipaliwanag kung bakit HINDI KA MAKAKAPAGHINTAY NG HANGGANG 90 ARAW. Kung hindi ka magpapaliwanag, ang iyong kaso ay hindi mapapabilis at maiiskedyul sa normal na kalendaryo. Maaari kang magsumite ng liham mula sa iyong doktor o planp para ipakita kung bakit hindi ka makapaghintay.

Mga Patuloy na Serbisyo / Nakabinbin na Bayad na Tulong: Pakituloy ang aking paggamot hanggang sa mapagpasyahan ng Hukom ang aking kaso. (Ilarawan ang paggamot na gusto mong ipagpatuloy at sabihin ang **anong petsa ito itinigil ng plano o pinaplanong ihinto ito**):

Gusto ko ng Libreng Tagapagsalin. Ang aking wika o diyalekto ay: _____

Mayroon akong kapansanan at gusto ko ng makatwirang akomodasyon para matulungan akong lumahok sa aking pagdinig. Ang (mga)akomodasyon na gusto ko ay: _____

Gusto kong may ibang magsalita para sa akin (kumakatawan sa akin) sa

pagdinig. Maaari niyang makita ang aking mga dental record na nauugnay sa pagdinig na ito at pupunta sa pagdinig. Ang taong pinili kong magsalita para sa akin ay si:

Pangalan: _____ Numero ng Telepono: _____

Tirahan: _____

Aking lagda: _____ Petsa Ngayon: _____

IPADALA ANG FORM NA ITO NA MAY KOPYA NG LIHAM (PAUNAWA NG RESOLUSYON NG APELA) NA NATANGGAP MO MULA SA IYONG PLANO KUNG MAYROON KA NITO. (KUNG GUSTO MO NG KOPYA NG FORM NA ITO PARA SA SARILI MO, KOPYAHIN ITO BAGO MO ITO IPADALA.)

Ang personal at medikal na impormasyon na nakolekta sa at kasama ng form na ito ay kumpidensyal, napapailalim sa Paunawa ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan (o DHCS) na makikita rito: <https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. Kailangan ng Dibisyon ng Pagdinig ng Estado ng Departamento ng Social Services (o CDSS) ang impormasyon para maproseso ang iyong apela at maaaring ibahagi ito sa ibang mga ahensya o kontratista na tumulong sa prosesong iyon. Hindi gagamitin o ibabahagi ng DHCS at CDSS ang impormasyon para sa iba pang mga layunin maliban kung mayaroon kang pahintulot o ayon sa pinahihintulutan ng batas. Dapat mong ibigay ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form na ito at ibigay ang pansuportang dokumentasyon. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng impormasyong hiniling, hindi kami makakapagtakda ng pagdinig o pagsusuri ng pagtanggì. Sa karamihan ng mga kaso, ang (mga) indibidwal kung kanino nauugnay ang impormasyong ito ay may karapatang i-access ito.

Ang DHCS at CDSS ay awtorisado na mangolekta ng impormasyong ito alinsunod sa Kodigo ng Kapakanan at Mga Institusyon seksyon 10950 at ang mga sumusunod at Kodigo ng mga Regulasyon ng California, titulo 22, seksyon 50951 at mga sumusunod. Ang abiso sa pagkapribado na ibinigay dito ay iniaatas ng Kodigo Sibil ng California 1798.17.