

# **DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Todos los centros de recuperación o tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorders, SUD) con licencia o certificación del Condado de Sonoma están obligados a adoptar y poner a disposición de todos los miembros y posibles miembros una declaración de derechos de los miembros que garantice que las personas que reciben tratamiento para un SUD sepan que tienen derecho a lo siguiente:

1. Recibir tratamiento para la enfermedad crónica y potencialmente mortal del trastorno por consumo de sustancias con honestidad, respeto y dignidad, lo que incluye privacidad en el tratamiento y en la atención de las necesidades personales.
2. Ser informados por el proveedor de tratamiento sobre todos los aspectos del tratamiento recomendado al miembro, lo que incluye la opción de no recibir tratamiento, los riesgos del tratamiento y el resultado o los resultados esperados.
3. Ser tratados por proveedores de tratamiento con personal calificado.
4. Recibir tratamiento basado en la evidencia.
5. Recibir tratamiento simultáneo para afecciones de salud conductual concurrentes, cuando sea médicamente apropiado y el proveedor de tratamiento esté autorizado para tratar dichas afecciones.

## **DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

6. Recibir un plan de tratamiento individualizado y orientado a resultados (o un plan de recuperación o una lista de problemas, según CalAIM).
7. Permanecer en tratamiento mientras el proveedor de tratamiento esté autorizado para tratar al miembro.
8. Recibir apoyo, educación y tratamiento para sus familias y seres queridos, siempre que el proveedor de tratamiento esté autorizado para prestar estos servicios.
9. Recibir atención en un entorno de tratamiento seguro y ético.
10. Estar libres de abusos mentales y físicos, explotación, coerción y restricción física.
11. Una vez inscritos, ser informados sobre estos derechos y recibir tratamiento, lo cual se acreditará mediante un acuse de recibo por escrito o mediante la documentación del personal en el expediente clínico que certifique que se entregó una copia por escrito de dichos derechos.
12. Ser informados por el proveedor de tratamiento sobre la ley relativa a las reclamaciones, lo que incluye, entre otras cosas, ser informados sobre la dirección y el número de teléfono del DHCS.
13. Recibir atención ética que cubra y garantice el cumplimiento total de los requisitos establecidos en el

## **DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Capítulo 5 (que comienza con el Artículo 10500) de la División 4 del Título 9 del Código de Reglamentaciones de California y las normas de certificación del programa de alcohol y otras drogas adoptadas de conformidad con el Artículo 11830.1, si corresponde.

14. Estar libres de cualquier forma de restricción o aislamiento que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, según lo especificado en las reglamentaciones federales sobre el uso de restricciones y aislamiento.
15. Si se aplica la norma de privacidad, según lo establecido en las subpartes A y E de las partes 160 y 164 del 45 CFR, solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se modifiquen o corrijan, según lo especificado en los Artículos 164.524 y 164.526 del 45 CFR.
16. Recibir información oportuna por escrito sobre una determinación adversa de beneficios, de conformidad con el Artículo 438.10 del 42 CFR.
17. Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento, presentada en un lenguaje y formato fáciles de entender.
18. Solicitar servicios de intérprete gratuitos.
19. Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.

## **DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

20. Presentar una queja, apelación, apelación acelerada o solicitud de audiencia estatal sin temor a represalias. (Una Queja es una expresión de insatisfacción que no está relacionada con una determinación adversa de beneficios).
21. Autorizar a una persona a actuar en su nombre durante los procesos de queja, apelación o Audiencia Estatal.
22. Solicitar un cambio de proveedor, una segunda opinión o un cambio en el nivel de atención.

Para obtener ayuda con cuestiones  
Relacionadas con sus derechos, llame a:

**El Defensor de los Derechos de los  
Pacientes con SUD al: 707-565-4978**

### **QUEJA–APELACIÓN–APELACIÓN ACELERADA**

Los miembros del Condado de Sonoma, su representante autorizado o su proveedor pueden presentar una queja en cualquier momento o una apelación o apelación acelerada. Las apelaciones y las apelaciones aceleradas están destinadas, específicamente, a la revisión de un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD). Puede solicitarse una apelación acelerada cuando, a petición del miembro o del proveedor (en nombre del miembro), el proceso estándar de

## **DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

resolución de apelaciones podría poner en grave peligro la salud mental del miembro o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máximo nivel de funcionamiento. Tenga en cuenta que se exige consentimiento por escrito para que otras personas presenten una apelación en nombre del miembro, y la apelación debe presentarse dentro de los **60 días calendario** siguientes al NOABD.

Para presentar una queja, apelación o apelación acelerada en cualquier momento, complete el Proceso y Formulario de Derechos de los Miembros y Quejas/Apelaciones (BHD 406), disponible en nuestro sitio web: [\*\*Materiales Informativos para los Miembros del Condado de Sonoma\*\*](#), en el vestíbulo de la oficina del programa o solicite una copia a su proveedor. Envíe el formulario completado al Coordinador de Quejas en el sobre prefranqueado que se le ha proporcionado.

También puede presentar su queja por correo electrónico, correo postal o teléfono al Coordinador de Quejas del Condado de Sonoma usando la información de contacto que se indica a continuación.

**Los miembros pueden esperar recibir un acuse de recibo (por escrito) de la queja o apelación del condado dentro de los 5 días calendario siguientes a su recepción.**

# **DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

Puede presentar una queja por discriminación directamente ante el Condado de Sonoma, o bien, puede presentar su queja por discriminación directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del DHCS, dentro de los **365 días** siguientes al día en que se produjo la discriminación.

## **Información de contacto del Coordinador de Quejas por SUD:**

**Teléfono: 707-565-7895, 1-800-870-8786, TTY: 711**

O envíe un correo a:

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

Se le notificará la decisión por escrito:

- De una queja por SUD o discriminación dentro de los **30 días calendario** siguientes a su recepción,
- De una apelación por SUD dentro de los **30 días calendario** siguientes a su recepción,
- De una apelación acelerada por SUD dentro de las **72 horas** siguientes a su recepción.

A continuación, se proporciona información de contacto para presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del DHCS o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios

# DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Humanos de los Estados Unidos.

Oficina de Derechos Civiles del DHCS

PO Box 997413 MS 0009

Sacramento, CA, 95899-7413

Teléfono: 1-916-440-7370

Correo electrónico: [CivilRights@DHCS.CA.gov](mailto:CivilRights@DHCS.CA.gov)

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y  
Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Teléfono: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697,

Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Portal en línea: [Departamento de Salud y Servicios  
Humanos de los Estados Unidos - Oficina de Derechos  
Civiles \(hhs.gov\)](http://www.hhs.gov)

# DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

## AUDIENCIA ESTATAL

Como miembro de Medi-Cal, tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal, que es una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales. Puede solicitar una Audiencia Estatal en respuesta a la recepción de un Aviso de Resolución de Apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR) con respecto al resultado de un NOABD o si el condado no cumple con los requisitos de aviso y tiempo de apelación. El miembro tiene **120 días calendario** a partir de la fecha del NAR para solicitar una Audiencia Estatal. Si solicita una Audiencia Estatal dentro de los **10 días calendario** siguientes a la recepción de un NOABD, en determinadas circunstancias, su nivel actual de servicios puede mantenerse, a la espera del resultado de la audiencia.

Para obtener ayuda para solicitar una Audiencia Estatal, llame a: La División de Audiencias Estatales en Sacramento:  
1-800-952-5253, TDD: 1-800-952-8349



## **AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA MIEMBROS**

La discriminación es ilegal. El condado de Sonoma cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. El condado de Sonoma no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El condado de Sonoma proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, tales como:
  - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, tales como:
  - Intérpretes calificadas
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el condado entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o

hablar bien, llame al 1-800- 735-2929 o al 711. Si lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, letra grande, audio o formatos electrónicos accesibles.

## **PRESENTACIÓN DE QUEJAS**

Si cree que el condado de Sonoma no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado ilegalmente de alguna otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Coordinador de Quejas de BHD. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Póngase en contacto con el Coordinador de Quejas de BHD de 8:00 a. m. a 5:00 p. m llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-735-2929 o al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:  
Coordinador de quejas de BHD  
2227 Capricorn Way  
Santa Rosa, CA 95407-5419
- En persona: Visite el consultorio de su médico o el BHD y diga que quiere presentar una queja.

- Por medios electrónicos: Visite el sitio web del BHD del condado de Sonoma:

<https://sonomacounty.ca.gov/Health/Behavioral-Health/Medi-Cal-Informing-Materials/>

---

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES –**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN**  
**MÉDICA DE CALIFORNIA**

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al **711 (Relevo del estado de California)**.
- Por escrito: Completa un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:  
**Department of Health Care**  
**Services Office of Civil Rights**  
**Apartado Postal 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**
- Los formularios de reclamación están disponibles en:  
<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)
- 

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EE. UU.**

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al 1-800-368-1019. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

**U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201**

- Los formularios de reclamación están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Por medios electrónicos: Visite el Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



## **Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares**

### **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.

### **العربية (Arabic)**

يُرج الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ  
1-800-870-8786 or 1-707-565-6900

(TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة

بطريقة بريل والخط الكب ري. اتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900  
(TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### **Հայերեն (Armenian)**

**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:

## **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

## **繁體中文 (Chinese)**

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。

## **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، or 1-707-565-6900 نیز موجود است. با 1-800-870-8786 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## हिंदी (Hindi)

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।

## Hmoob (Hmong)

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.

## 日本語 (Japanese)

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。

## 한국어 (Korean)

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.

## **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## **Mien**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex 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 hluo 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.

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

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). ਅਪਾਹਜ 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।

## **Русский (Russian)**

**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.

## **Español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 or 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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

## **Tagalog (Filipino)**

**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 serbisyong ito.

## **ภาษาไทย (Thai)**

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.

## **Українська (Ukrainian)**

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.

## **Tiếng Việt (Vietnamese)**

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.