Derechos de los Miembros

Los miembros de Salud Mental de Medi-Cal tienen derecho a lo siguiente:

- Ser tratados con dignidad, respeto y con la debidaconsideración a su privacidad.
- Servicios prestados en un entorno seguro.
- Solicitar y recibir servicios de interpretación oral gratuitos.
- Solicitar una segunda opinión o cambiar su proveedor de tratamiento.
- Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica (pueden aplicarse costos) y solicitar una enmienda o corrección.
- Autorizar a una persona a actuar en su nombre durante el proceso de queja, apelación o audiencia imparcial estatal.
- Estar libres de cualquier forma de restricción o aislamiento que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Presentar una queja sin represalias (una queja es una expresión de insatisfacción que no está relacionada con una determinación adversa de beneficios).

Derechos de los Miembros

- Para los miembros de Medi-Cal: el derecho a presentar una apelación, una apelación acelerada o solicitar una audiencia imparcial estatal sin represalias.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles (directorio de proveedores de servicios especializados de salud mental), presentada de una manera adecuada a su estado y capacidad de comprensión.
- Recibir servicios del Plan de Salud Mental del condado de Sonoma que cumplan con los requisitos contractuales del Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios suficientes, coordinación y continuidad de la atención, y cobertura y autorización de servicios.

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

La Defensa de los Derechos de los Pacientes:

1-707-565-4978 (Condado de Sonoma)
o envíe un correo electrónico a: sonomapra@mhaac.org

QUEJAS - APELACIONES - APELACIONES ACELERADAS

Los miembros, su representante autorizado o su proveedor pueden presentar una queja (en cualquier momento), una apelación o una 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 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 cuando alguien presenta una apelación en nombre del miembro, y la apelación debe presentarse dentro de los **60 días calendario** siguientes al NOABD.

Para los miembros de Medi-Cal del condado de Sonoma que desean más información o presentar una queja, apelación o apelación acelerada:

Las quejas pueden presentarse de forma oral o por escrito. Complete el Proceso y Formulario de Derechos de los Miembros y Quejas/Apelaciones (BHD 406) y envíelo por correo al Coordinador de Quejas o llame al: (707) 565-7895, (800) 870-8786 (gratis) o TTY/TDD: 711.

BHD 406 puede encontrarse en el vestíbulo de la oficina de su programa o puede solicitar una copia a su proveedor o en el Sitio Web del Condado de Sonoma:

https://sonomacounty.gov/health-andhuman-services/health-services/divisions/behavioral-health/contractor-resources/medi-calinforming-materials

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.

Enviar por correo a:

División de Salud Conductual del Condado de Sonoma
a/c Coordinador de Quejas
2227 Capricorn Way
Santa Rosa, CA 95407-5419

Se le notificará la decisión por escrito:

- De una queja: dentro de los **30 días calendario** siguientes a su recepción
- De una apelación: dentro de los **30 días calendario** siguientes a su recepción
- De una apelación acelerada: dentro de las **72 horas** siguientes a su recepción

AUDIENCIAS ESTATALES

Como miembro de Medi-Cal, si no está satisfecho con la decisión del Condado con respecto a una apelación que haya presentado en relación con un aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial 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. Los miembros tienen **120 días calendario** a partir de la fecha del NAR para solicitar una audiencia estatal. Sin embargo, si Salud Conductual del condado de Sonoma no cumple con los requisitos de aviso y tiempo de apelación, usted tiene derecho a una audiencia imparcial 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.

Cómo solicitar una audiencia o una audiencia acelerada por teléfono: Llame gratis a la División de Audiencias Estatales: 1-800-743-8525. Para usuarios de TDD, llame al: 1-800-952-8349. Puede solicitar una audiencia EN LÍNEA en: WWW.CDSS.CA.GOV

sonoma county
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

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, no excluye a las personas ni 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 calificados
  - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Condado de Sonoma 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 711 o 1-800-735-2929 (TTY). Si lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, letra grande, audiocasete o formato electrónico.

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 711 o 1-800-735-2929 (TTY).
- 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 del Condado de Sonoma y diga que desea presentar una queja formal.
- Por medios electrónicos: Visite el sitio web del BHD del Condado de Sonoma: https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services/health-services/divisions/behavioral-health/contractor-resources/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
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Se pueden encontrar formularios para presentar una queja: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a 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 **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **711 (Servicio de Relevo de Telecomunicaciones)**.
- 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, SW
  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 Oficinde 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)

يُرجى 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 الكبري. 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، نیز موجود است. با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
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 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 TTY: 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 TTY: 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.