



**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS  
Relativa a su solicitud de tratamiento**

**REF.:**

le solicitó a

para obtener o aprobar  
no ha proveído los servicios dentro de ! !!! días hábiles. De acuerdo  
con nuestros registros, usted solicitó servicios, o los servicios fueron  
solicitados en su nombre el

Lamentamos la demora en la prestación puntual de los servicios. Estamos  
trabajando en ello y le brindaremos lo antes  
posible.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso informativo titulado “Sus derechos”  
adjunto a la presente le explica cómo hacerlo. Además, le indica dónde puede  
obtener asistencia con su apelación. Esto también incluye asistencia legal  
gratuita. Lo invitamos a enviar cualquier información o documentos con su  
apelación que puedan contribuir con ella. El aviso informativo titulado “Sus  
derechos” adjunto brinda un cronograma que debe seguir al solicitar una  
apelación.

El plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para  
obtener ayuda puede llamar a CCBHS 9AM – 5PM de lunes a viernes,  
excluyendo festivos al (925) 957-5131. Si tiene problemas del habla o de  
audición, llame al número de TTY/TTD 711, entre las CCBHS 9AM – 5PM de  
lunes a viernes, excluyendo festivos para solicitar ayuda.

**Si necesita este aviso y/o documentos del plan en  
otro formato de comunicación como letra grande,  
Braille, o en formato electrónico; o desea obtener**

NOABD – Timely Access Notice



ayuda para leer este material, sírvase comunicarse con CCBHS llamando al (925)975-5131.

Si el plan no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina estatal de defensoría del pueblo de Atención administrada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. PST, sin incluir los días feriados, al 1-888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

Adjunto: "Sus derechos"

NOABD – Timely Access Notice (Revised 1/16/18)

## LANGUAGE ASSISTANCE

---

### **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-678-7277 (TTY: 711).

**ATTENTION:** Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call 888-678-7277 (TTY: 711).

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-678-7277 (TTY: 711).

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 888-678-7277 (TTY: 711).

### **Tagalog (Tagalog – Filipino)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 888-678-7277 (TTY: 711).

### **한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888-678-7277 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

### **繁體中文(Chinese)**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888-678-7277 (TTY: 711)。

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 888-678-7277 (TTY: 711).

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888-678-7277 (TTY: 711).

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (888-678-7277 (TTY: 711 تماس بگیرید.

### **日本語 (Japanese)**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。888-678-7277 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

### **Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 888-678-7277 (TTY: 711).

### **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 888-678-7277 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### **العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 888-678-7277 (رقم

هاتف الصم والبكم: 711

### **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [888-678-7277 (TTY: 711) पर कॉल करें।

### **ภาษาไทย (Thai)**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 888-678-7277 (TTY: 711).

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ប្រយ័ត្ន៖ រសើនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រាយមិនគិតទ្រព្យ  
គឺអាចមានសំរាប់អុឺនក។ ចូរស្តាប់ 888-678-7277 (TTY: 711)។

**ພາສາລາວ (Lao)**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,  
ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 888-678-7277 (TTY: 711).

## AVISO SOBRE NO DISCRIMINACIÓN

---

La discriminación está prohibida por la ley. El Plan de Servicios de Salud Conductual de Contra Costa (CCBHS) cumple con la legislación federal en materia de derechos civiles. El CCBHS no discrimina, ni excluye personas ni las trata de manera diferente, en razón de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

CCBHS brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con capacidad a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma materno no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios comuníquese con CCBHS, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 888-678-7277. O, si tiene dificultades para escuchar o hablar, sírvase llamar al 711.

---

## **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si considera que CCBHS no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el CCBHS. La queja puede presentarse por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Vía telefónica: Comuníquese con CCBHS llamando al 925-957-5131 entre las 9:00 a.m. y 5:00 p.m., de lunes a viernes, excluyendo los días feriados. Si tiene dificultades para escuchar o hablar, sírvase llamar al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o escriba una carta y envíelos a:

Contra Costa Behavioral Health Administration  
Attn: Quality Improvement Coordinator  
1340 Arnold Drive  
Martinez, CA 94553

- En persona: Sírvase acercarse al consultorio de su proveedor o a la administración de CCBHS e indique que desea presentar una queja.

---

## **OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o electrónicamente a:

- Vía telefónica: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a la línea **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si necesita este aviso y/o otros documentos del plan en un formato de comunicación diferente como letra grande, Braille, o en formato electrónico; o desea obtener ayuda para leer este material, sírvase comunicarse con Contra Costa Behavioral Health Services llamando al 952-957-5131.

**SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN ADOPTADA RESPECTO AL TRATAMIENTO PARA SU SALUD MENTAL O POR ABUSO DE SUBSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE SU PLAN DE SALUD.**

### **CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Usted tiene un plazo de **60 días** a partir de la fecha en esta carta de “Notificación de decisión” para presentar una apelación. **Sin embargo, si actualmente está recibiendo tratamiento y desea seguir recibiéndolo, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** de la fecha del sello postal o de la entrega de esta carta, O BIEN antes de la fecha en que su plan de salud informa que cesarán los servicios. Cuando presente la apelación, debe mencionar que desea continuar recibiendo tratamiento.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito: Si presenta una apelación por teléfono, debe darle seguimiento con una apelación escrita firmada. El plan le brindará asistencia de manera gratuita en caso necesite ayuda.

- **Para apelar por teléfono:** Comuníquese con el coordinador de control de calidad de Servicios de Salud Conductual de Contra Costa (Contra Costa Behavioral Health Services) al 925-957-5131, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excluyendo los días feriados. Si tiene dificultades auditivos o hablar, sírvase llamar al 711.
- **Para apelar por escrito:** Complete un formulario de apelación o escriba una carta y envíelos a:

Contra Costa Behavioral Health Services  
Attn: Quality Improvement Coordinator  
1340 Arnold Drive, Suite, 200  
Martinez, CA 94553

En el consultorio de su proveedor médico podrá obtener formularios de apelación. Servicios de Salud Conductual de Contra Costa también puede enviarle un formulario.



Puede presentar una apelación usted mismo(a). También puede pedirle a un pariente, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado que presente la apelación por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que desee que su plan analice. Su apelación será revisado por un proveedor distinto al que tomó la primera decisión.

Su plan de salud cuenta con un plazo de 30 días para darle una respuesta. En ese momento, usted recibirá una carta de “Notificación de resolución de apelación”. Esa carta le informará qué ha decidido el plan. **De no recibir un carta con la decisión del plan dentro de 30 días, puede solicitar una “Audiencia estatal” y un juez revisará su caso.** Por favor, lea en la siguiente sección las instrucciones para solicitar una Audiencia Estatal.

### **APELACIONES URGENTES**

Si considera que una espera de 30 días será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 72 horas. Al presentar su apelación, mencione los motivos por los cuales la espera afectará su salud. Asegúrese de solicitar una “**apelación urgente**”.

---

### **AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió una carta de “Notificación de resolución de apelación” en la que le informan que su plan de salud no prestará los servicios, o **bien si nunca recibió una carta en la que le informen la decisión y han transcurrido más de 30 días**, usted puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Debe solicitar una Audiencia Estatal, debe solicitarla dentro de los **120 días** siguientes a la fecha de la carta de “Notificación de resolución de apelación”. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a la línea **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Electrónicamente:** Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea. Visite la página web del departamento de Servicio Social de California para completar el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- **Por escrito:** Complete un formulario de Audiencia Estatal o envíe una carta a:

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

## **Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, la fecha de nacimiento y el motivo por el que usted solicita una Audiencia Estatal. Si alguien le ayuda a solicitar una Audiencia Estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Le facilitaremos uno.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, podrían requerirse hasta 90 días para decidir su caso y enviarle una respuesta. Si considera que una espera prolongada será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 3 días hábiles. Pregúntele a su proveedor o plan que le escriban una carta o usted mismo puede escribir una. La carta debe explicar en detalle los motivos por los que una espera de 90 días para la resolución de su caso perjudicará gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima. A continuación, solicite una "**audiencia acelerada**" y proporcione la carta junto con su solicitud de audiencia.

### **Representante autorizado**

Usted puede hablar por sí mismo(a) en la Audiencia Estatal. Un pariente, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informarle a la oficina de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hablar en su representación. Esta persona se denomina "representante autorizado".

### **ASISTENCIA LEGAL**

Usted puede obtener asistencia legal gratuita. Además, puede comunicarse con la Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.