

必要な（マネージド）ケアを受ける

Medi-Cal マネージドケア給付拒否に対する不服申し立てガイド



**LEGAL AID
FOUNDATION**
OF LOS ANGELES

Justice • Equity • Hope

このハンドブックについて

このハンドブックは、**Legal Aid Foundation of Los Angeles**（ロサンゼルス法律扶助財団、**LAFLA**）が作成したもので、**Medi-Cal**（カリフォルニア州が低所得者を対象に提供している公的な医療保険プログラム）マネージドケアの受給者（利用者）が医療サービスや医療機器の給付や申請の拒否に対して不服申し立てを行う方法に関する一般情報を提供することを目的としています。

無断使用または複製は一切禁止されています。このハンドブックの一部を複製または共有する場合は、**LAFLA**に許可を申請してください。個人に対してサービス料を請求する機関や組織は、このハンドブックを一切複製または販売することはできません。

このハンドブックの情報は、カリフォルニア州にのみ適用されます。規則や手続きは、他の州やプログラムでは異なる場合があります、一部の情報はロサンゼルスに特化したものです。

このハンドブックに記載されている要件、規則、期限は、予告なく変更される場合があります。必ず、該当の政府機関にお問い合わせの上、最も正確で最新の情報を入手してください。

このハンドブックは、法律や技術上の助言に代わるものではありません。具体的な問題に関する助言が必要な場合は、弁護士または技術専門家にご相談ください。無料法律扶助団体の一覧については、以下をご覧ください：<https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>

写しをご希望の場合は、下記までご連絡ください：

Andrew Kazakes
Legal Aid Foundation of Los Angeles
（ロサンゼルス法律扶助財団）
5228 E. Whittier Blvd.
Los Angeles, CA 90022
(213) 640-3923

目次

このハンドブックについて	1
はじめに	3
基本事項：Medi-CalおよびManaged Careとは？	3
Los Angeles County（ロサンゼルス郡）のマネージドケアプラン	4
の拒否通知（不利な給付決定）	4
一般的な拒否通知の種類.....	5
よくある拒否理由	5
不服申し立ての前に「解決」を試みる	6
Medi-Cal 不服申し立て手続き	6
最初のステップ - プランへの不服申し立て	6
プランへの不服申し立て記入方法	7
2つ目のステップ - 州の公聴会または独立した医療審査.....	10
How to Request an Independent Medical Review (IMR)（独立した医療審査（IMR）の 申請方法）	12
State Fair Hearing（州の公聴会）の申請方法）	13
結論と、さらなる支支援を得る方法.....	15

はじめに

このガイドをお読みになっているということは、おそらく医師から処方された医療サービスや医療機器の給付や申請を拒否され、加入されているマネージドケア医療保険プランの判断が間違っているとのお考えではないでしょうか。このガイドの目的は、**Medi-Cal**の不服申し立て手続きを分かりやすく説明することです。

加入されているマネージドケア医療保険プランから、健康維持や日常生活に必要な医療サービスや医療機器の給付や申請が拒否された場合、みなさまあなたには、正当な手続きを経てそうした決定に不服を申し立て、最初にプラン自体による審査、そしてプラン外部の中立的な審査員による審査を受ける権利があります。このガイドでは、必要な手順を順を追って説明し、正しい方向へ導くための情報をお届けするとともに、重要なポイントに集中し、申し立て審査で望ましい成果が得られる可能性を最大限に高めるお手伝いをします。

免責事項：医療制度は複雑です！1つのガイドブックで、発生しうるあらゆるニュアンスや具体的な状況をすべて網羅することは不可能です。このガイドは、プロセスへの取り組み方を理解する上での出発点であり、少しでも負担を軽減することを目的としているものの、すべての質問に対するすべての答えを提供するものではありません。具体的な問題についてより詳細なサポートが必要と思われる場合は、下記の「ヘルプの利用（Getting Help）」セクションにあるリンクやリソースをご確認ください。

基本事項：Medi-CalおよびManaged Careとは？

Medi-Calは、全米のMedicaidプログラムのカリフォルニア州版であり、所得と貯蓄に基づいて経済的に資格を満たす人々を対象とした、無料（または場合によっては低額）の公的医療保険制度です。**Medi-Cal**は、**Covered California**を通じて加入したり、雇用主より提供される保険とは異なります。**Medi-Cal**は、**Social Security**（社会保障制度）を通じて高齢者や、特定の障害給付を受けている一部の若年層を対象とした、国民健康保険制度である**Medicare**とは異なります。このガイドは、**Medi-Cal**の不服申し立てのみを対象としています。

マネージドケアと出来高払い制の比較

Medi-Calは当初、州全体で「出来高払い」制の医療制度として設計されており、**Medi-Cal**を受け入れている州内のどの医療機関でも直接医療を受けることが可能でした。現在、カリフォルニア州のほぼすべての郡が、何らかの形の「マネージドケア」モデルに移行しています。マネージドケアでは、特定の健康保険プランに加入し、そのプランと契約している医療機関ネットワークを利用しなければなりません（HMO（健康維持組織）型の健康保険に似ています）。マネージドケアプランは、専門医への紹介、義肢装具や耐久性医療機器（DME）、医療検査、医療処置、その他の治療などに関する承認プロセスの管理も行います。

出来高払い制の**Medi-Cal**は依然として存在するものの、現在は大幅に制限されています。医療ニーズが複雑すぎたり、専門性が高すぎてマネージドケアプランでは対応できない患者さ

んの中には、「医療上の理由による免除申請」（略して「MER」）を提出することで、マネージドケアの枠外の、出来高払い制のMedi-Calを受けられる場合があります。マネージドケアプランに90日以上加入すると、出来高払い制のMedi-Calに復帰することはきわめて困難です。マネージドケアから離脱する方法についてさらに詳しい情報が必要な場合は、下記のセクションに記載されている法的助言が受けられる場所をご覧ください。

Medi-Calおよびマネージドケアプランを監督する州機関は、Department of Health Care Services（Department of Health Care Services（医療サービス局、DHCS）です。

Los Angeles County（ロサンゼルス郡）のマネージドケアプラン

ロサンゼルス郡には、Medi-Calの患者さんが加入する主なマネージドケアプランが3つあります：

- L.A.Care
- Health Net
- Kaiser Permanente（特別加入制限あり）

このガイドでは、ロサンゼルス郡のMedi-Cal患者さんの大多数が加入しているL.A.CareとHealth Netが提供する不服申し立て手続きに焦点を当てています。ただし、場合によっては、L.A.CareおよびHealth Netは、Molina、Anthem Blue Cross、Blue Shieldなど他の健康保険プランに管理業務を委託する場合があります。

ロサンゼルス郡外:お住まいの郡でご加入いただけるマネージドケアプランについては、次のサイトをご覧ください：<https://www.dhcs.ca.gov/individuals/medi-cal-managed-care-health-plan-directory/>

の拒否通知（不利な給付決定）

Medi-Calの不服申し立ては、ほぼすべて「Adverse Benefit Determination」（不利な給付決定）（略してABD）と呼ばれる拒否通知から始まります。医師が承認を必要とする医療処置や医療機器を推奨する場合、ご加入のマネージドケアプランは、その決定内容を加入者に書面で通知しなければなりません。

書面による拒否通知の受領。書面による通知ではなく、医療スタッフや保険の担当者から拒否のことを聞かされた場合、拒否の正確な理由を確認するためにすぐに書面

による拒否通知の写しを請求し、拒否の日付を確認の上、不服申し立て可能な期間を把握する必要があります。

一般的な拒否通知の種類

- 完全拒否：サービスまたは機器の提供が完全に拒否されます。
- 一部承認：要求されたものよりも簡略化された（そして、通常は安価な）内容が承認されます。通知書に「拒否」という言葉が直接使われていなくても、当初要求されたサービス全体を拒否するものであり、拒否通知と同様に不服申し立てを行うことができます。
- サービスの縮小、停止、または終了：以前に承認されたサービスは、縮小、一時停止、または永久終了となる場合があります。
- 延期：厳密には拒否ではないものの、必要な情報が不足しているとプランが判断した場合、決定を下す前に不足している情報を提出する時間を確保する目的から、承認を「延期」することができます。

よくある拒否理由

「医療上必要」ではない：健康保険法では、**Medi-Cal**の対象となるサービスは「医療上必要」なものに限定されています。これは、多くの場合、解釈や議論の余地があるやや曖昧な概念ですが、「生命を守る、重篤な病気を予防する、または重度の障害や激しい痛みを緩和するために合理的かつ必要な」サービスと定義されています。

[Welfare & Institutions Code（カリフォルニア州福祉・施設法）第10459.5条。](#)

資格基準を満たしていない：多くのサービスには明確な加入資格基準が設けられており、プランによっては、ご自身の病状がその基準を満たしていないと判断される場合があります。このような拒否は、一部承認の場合によく見られ、そのような場合は、保険会社が、当初申請されたサービスではなく、ご自身に適格であると判断するより簡略化された内容を承認する場合です。

利用管理（頻度制限）：給付や申請の資格に関する規定に加えて、患者さんが特定のサービスや機器をどのくらいの頻度で受けられるかについての規定も存在します。たとえば、車椅子の交換は一般的に5年に1回しか認められていません。ただし、大抵の場合、医療上の必要性がこうした回数制限に優先することを覚えておくことが重要です。また、回数制限に基づいて機器やサービスの給付や申請を拒否する際に、プラン

側があなたの具体的なニーズを考慮していない場合は、不服申し立てを行う正当な理由となる可能性があります。

不服申し立ての前に「解決」を試みる

かかりつけ医の診療施設に連絡する：サービス拒否の中には、基本的なミスや書類上の見落としが原因のものが、数回の電話のやり取りで解決できる場合もあります。まず最初に、通常はかかりつけ医の診療施設に連絡して、給付や申請が拒否となったことを伝え、診療所のスタッフに確認し、プランに連絡してもらい、何らかの間違いがあったか、または簡単に解決できる問題なのかどうかを調べてもらうのが良いでしょう。

オンブズマン事務所:Department of Health Care Services（カリフォルニア州医療サービス局）には、「Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman」（Medi-Calマネージドケア・精神保健オンブズマン事務所、または略して「オンブズマン」）と呼ばれる、患者さんが加入しているマネージドケアプランに関する問題の解決に取り組む専門の部門があります。一部の問題では不服申し立てが必要となる場合がありますが、オンブズマン事務所は、特に事務上のミスやプラン側の情報伝達不足を伴う多くの問題の解決に有効となることが多いです。オンブズマン事務所への連絡方法は次の通りです：

ウェブサイト：<https://www.dhcs.ca.gov/services/mental-health-services-division-default/medi-cal-managed-care-and-mental-health-office-of-the-ombudsman/>

電話：(888) 452-8609

Eメール：MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov

不服申し立ての期日にご注意ください！問題を非公式に解決しようと試みる場合でも、不服申し立ての期日が延長されたり一時停止となることはありません。

Medi-Cal 不服申し立て手続き

Medi-Calの不服申し立て手続きは、基本的に2つのステップから構成されます：1.プランへの不服申し立て、および2.州の公聴会/独立した医療審査（IMR）。

最初のステップ - プランへの不服申し立て

ご加入のマネージドケアの不利な拒否決定に不服を申し立てる期間は、**60日間**です。この**60日間**の期間は、ほとんどの場合、通知書に明記されている日付から起算されます。州の公聴会または独立した医療審査（IMR）を要請する前に、プランへ不服を申し立てを行い、プランの決定を得ることが必要です（下記の「**2番目のステップ**」を参照）。

不服申し立てを提出してから**5日以内**に、ご加入のプランは不服申し立てを受理した旨を通知し、**30日以内**に決定を下さなければなりません。その決定は、「不服申し立て決議通知書」（NAR）と呼ばれます。プラン側から**30日以内**に回答が得られない場合、それを事実上の拒否とみなし、公聴会またはIMRを要請することができます。

「Grievance」（苦情申し立て）と「Plan Appeal」（プランへの不服申し立て）の比較:不服申し立てに関する用語は紛らわしい場合があるので、「苦情申し立て」と「プランへの不服申し立て」は異なるものであることに注意してください。ご加入のプランまたはプロバイダから受けているサービスの質についてご不満があれば、いつでも苦情を申し立てることができます。他方、プランへの不服申し立ては、拒否通知やその他の不利な給付決定（ABD）に不服申し立てるための、不服申し立て手続きにおける必須のステップであり、前述の**60日間**の期間内に提起しなければなりません。一部のフォームは「苦情申し立て」または「不服申し立て」フォームという名称も付いていますが、苦情またはプランへの再審査請求のいずれかを申し立てるために使用されます。

不服申し立ての迅速審査:健康上、差し迫った危険がある場合は、不服申し立ての迅速な審査を申請できます。この場合、プランは**72時間以内**に回答しなければなりません（ただし、プランの請求があれば**14日間**の延長が認められます）。不服申し立ての迅速な審査を円滑に行えるよう、担当医と協力することを強くお勧めします。これには、補足のメモ、またはプランによる医療サービスの承認が緊急に必要である旨を説明する書簡の提出が含まれます。不服申し立ての迅速な審査が正当化される例としては、激しい痛み、または医療処置が遅れた場合に生命、手足、主要な身体機能を失う可能性がある場合が挙げられます。

プランへの不服申し立て記入方法

L.A.Care、Health Net、Kaiserは、さまざまな不服申し立て方法を用意しています。いずれの方法を選択するにしても、不服申し立ての方法と時期を立証できる書類を必

ず保管しておいてください。プランがあなたの不服申し立てを却下したり、そもそも申し立てを受領していないと主張したりした場合、あなたは申し立てを行った証拠を自分で用意して提示する必要があります。

下請けのプランまたはIPA（Independent Practice Association（独立開業医協会）またはIndependent Physician Association（独立医師協会））より拒否通知を受け取られた場合は、不服申し立ての権利に関するセクションをよくお読みになってそれに従い、どうすればよいか分からない場合は、**Medi-Cal**にご連絡ください。それでも問題が解決しない場合は、このガイドの末尾の[法的リソース](#)のリストをご覧ください。

L.A.Care

ウェブサイト：<https://lacare.org/members/handbook/appeals>

オンラインでの不服申し立て：<https://lacare.org/members/file-grievance/grievance-appeal-form>

不服申し立てフォームのリンク：

https://lacare.org/sites/default/files/la6703_member_grievance_and_appeal_form_en_202602.pdf

このフォームの翻訳版は、一番下（[オンラインでの不服申し立てページ](#)）に用意されています

電話番号：1-888-839-9909

ファクス番号：213-438-5748（Attention:Appeals & Grievances）

郵送：

Attention : Appeals & Grievances

L.A.Care Health Plan

1200 W.7th Street

Los Angeles, CA 90017

Health Net

ウェブサイト：

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances.html

オンラインでの不服申し立て：

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances/medi-cal-appeal-grievance-form.html

PDFファイルのアップロード（オンラインでの不服申し立て以外）：

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/appeals-and-grievances/medi-cal-appeals-and-grievances.html

不服申し立てフォームのリンク：

<https://www.healthnet.com/content/dam/centene/healthnet/pdfs/member/ca/medi-cal/hn-medi-cal-member-grievance-form.pdf>

このフォームの翻訳版は、[このリンク](#)よりご覧いただけます。

電話番号：1-800-675-6110

ファクス番号：(877) 831-6019

郵送：

Health Net of California
Member Appeals and Grievance Department
P.O.Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Kaiser Permanente

- 電話番号：1-800-464-4000
- 迅速（緊急）な審査：1-888-987-7247
- オンラインでの不服申し立てまたは苦情：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/submit-a-complaint#/tellus>
- 不服申し立て/苦情申し立てフォームのリンク（南カリフォルニア）：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/community-providers/scal/ever/member-grievance-appeal-form-non-medicare.pdf>
- 不服申し立て/苦情申し立てフォームのリンク（北カリフォルニア）：
<https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/docu>

[ments/community-providers/ncal/ever/non-medicare-grievance-form-en.pdf](https://www.kaiserpermanente.org/healthcare-providers/ncal/ever/non-medicare-grievance-form-en.pdf)

- これらのフォームの翻訳版は、こちらから入手できます：

<https://healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/support/forms>

<https://healthy.kaiserpermanente.org/northern-california/support/forms>

（「フォーム（Forms）」タブを選択し、「苦情申し立てフォーム（Grievance forms）」の横にあるプラス記号（+）をクリックしてください）

。

- プランへの不服申し立て/苦情申し立てフォームの紙版を提出する上での現地の郵送先住所は、北カリフォルニアまたは南カリフォルニアの不服申し立て/苦情申し立てフォームの末尾に明記されています

2つ目のステップ - 州の公聴会または独立した医療審査

州の公聴会の申請

プランの拒否を支持する不服申し立て決議通知書（NAR）を受け取られた場合、その後120日以内に、California Department of Social Services（カリフォルニア州社会サービス局、CDSS）を通じて州の公聴会を請求することができます。CDSSはState Hearings Division（州聴聞部門、SHD（State Hearings Division））を監督しています。

審理は、Administrative Law Judge（行政法判事、ALJ）によって監督されます。ALJは、ほぼ全員が経験豊富な弁護士であり、ご加入されているマネージドケアプランの職員ではありません。審理前に判事に書類や主張内容を提出する機会が設けられ、審理では、マネージドケアプランが給付や申請の拒否を行ったことがなぜ誤りであったかを判事に説明することができます。

審理は通常、申請後4～6週間以内に予定されますが、問題が緊急を要する場合は、迅速な審理を申請することもできます。そして、審理の決定は通常1か月ほどで公表されます。

州の公聴会への準備に関するより詳細な情報については、専門ガイド「**Representing Yourself at a State Hearing**（州の公聴会で自ら弁護する方法）」をご覧ください。

Independent Medical Review（独立した医療審査、IMR）

また、プランが「医療上必要ではない」という理由で要求されたサービスを拒否し、続いてあなたがプランへの不服申し立てを行ったにもかかわらず、医療上の必要性がないという理由で拒否決定が覆らない場合、**Independent Medical Review**（独立した医療審査、IMR）を申請することもできます。IMRでは、独立した医師が要求されたサービスおよびそれを裏付ける書類を審査し、そのサービスが医療上必要かどうかについて新たな決定を下します。IMRは、プランの**Notice of Appeal Resolution**（不服申し立て決議通知書、NAR）の最大6か月後まで請求可能です。

タイミングの予測不能な傾向：聴聞プロセスとIMRプロセスは、別々のもので、いずれか一方を選ぶことができます。ただし、すでに公聴会に出席済みの場合は、IMRを申請することはできません。他方、IMRの決定を受けた後でも公聴会を申請することは可能ですが、IMRの結果が公聴会に提出される可能性があることに留意してください（IMRで有利な結果が下されなかった場合は、聴聞会で不利となる可能性があります）。また、IMRを請求しても、公聴会を請求するための120日間の期間は停止や延長されません。実際、IMRに続いて聴聞会という両方を実現させることは困難な場合があります、一般的には、これらの不服申し立て手段のうちのいずれか一方に注力することが推奨されます。

では、どちらを選ぶべきでしょうか？

必ずしも明確な答えがあるわけではありませんが、こうした選択をする際に留意すべき点がいくつかあります：

- IMRは医療上の必要性という問題に焦点を当てているため、あなたの場合にそのことが争点とならない場合は、代わりに公聴会を請求すべきです。
- 医療サービスが打ち切られており、不服申し立て手続きの間はサービスを継続してほしいとお考えの場合は、公聴会を申請する際に「**Aid Paid Pending**」（援助金支払い保留）を要請できますが、IMRの場合にはできません。通常、サービスが打ち切られる前に、援助金支払い保留を申請する必要があります。
- あなたの場合における問題点について、医療専門家と法律専門家のどちらに相談すればより適切に理解してもらえ、あなたに有利な判決が得られるかを検討してください。審理を担当する判事も、医療上の必要性に関する問題について判断を下す権限を持っていますが、証拠を検証する際に、医師とは異なる見解を持つことがあります。医師は、医療上の証拠を自身の医学的訓練や研修および経験という観点から捉える傾向があるかもしれません。弁護士（すなわち判事）は、規則や規定を事実や証拠に適用する訓練を受けていることから、手続き上の公正さの問題への対処、証人尋問、事実に関する紛争解決において経験豊富である可能性があります。

最終的に、どの不服申し立て手段を選択するかはあなた自身の判断に委ねられます。ただし、各プロセスに関する詳細情報については、以下のリソースを参照することをお勧めします：

（IMR） - Disability Rights California（カリフォルニア障害者権利擁護センター）、"[Medi-Cal Managed Care: An Independent Medical Review \(IMR\) Can Change a Plan's No to Yes](#)"（独立した医療審査（IMR）によって、プランの「否」が「可」に変わる可能性がある）。

（Hearing） - Legal Aid Foundation of Los Angeles（ロサンゼルス法律扶助財団）、"[Representing Yourself in a State Hearing](#)"（州の公聴会自ら弁護する）。

How to Request an Independent Medical Review (IMR)（独立した医療審査（IMR）の申請方法）

Independent Medical Reviewは、Department of Health Care Service（医療サービス局、DHCS）の一部門であるDepartment of Managed Health Care（管理ヘルスケア局、DMHC）が窓口となって処理します。

ウェブサイトとオンラインでの不服申し立てフォーム：

<https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/SubmitanIndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>

PDF版不服申し立てフォームへのリンク：

<https://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/Docs/HC/AccessibleIMRFormEnglish.pdf>

このフォームの翻訳版は、以下からご覧いただけます：[このリンク](#)。

電話番号：1-888-466-2219

ファクス番号：916-255-5241

郵送：

Department of Managed Health Care

980 9th Street, Suite 500

Sacramento, CA 95814

State Fair Hearing（州の公聴会）の申請方法）

State Fair Hearingは、California Department of Social Services（カリフォルニア州社会福祉局、CDSS）の一部門であるState Hearings Division（州公聴部門、SHD）によって監督されています。

公聴会をご希望の場合は、電話、郵送、またはオンラインで申請できます。これらのオプションに関する情報は、CDSSのウェブサイトに掲載されています：

<https://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>

オンライン：

- California Department of Social Services（カリフォルニア州社会福祉局、CDSS）の[Appeals and Case Management System](#)（不服申し立ておよび事件管理システム、ACMS）をご覧ください：
<https://acms.dss.ca.gov/acms/>。
- 公聴会を申請するのにアカウントは必要ありません。ページ下部付近にある「Need More Information?」（さらに詳しい情報が必要ですか?）というセクションで、「[Submit Appeal without an Account](#)」（アカウントなしで不服申し立てを行う）をクリックしてください。
- メールで：SHDCSU@dss.ca.gov

電話で：

- CDSS State Hearing Division（CDSS州聴聞部門）、(800) 743-8525) までお電話ください。。
- 問題となっているプログラム（例：Medi-Cal）をすべて伝え、ご加入のマネージドケアプランからNotice of Appeal Resolution（不服申し立て決議通知書、NAR）を受け取られたこと、その通知に対して不服申し立てをされようとしている旨をご説明ください。日付を提供できるように、NARをお手元にご用意ください。
- 公聴会で通訳が必要な場合は、今すぐお申し出ください。

郵送で：

- フォーム番号が意味不明な「NA Back-9」と呼ばれる不服申し立てフォームに記入してください：
<https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/forms/English/NABACK9.PDF>
- このフォームの翻訳版は、このページで希望の言語をクリックし、下にスクロールして「NA Back-9」のリンクを探すと見つけることができます：
<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/translated-forms-and-publications>
- Medi-Calのボックスにチェックを入れ、ご加入のマネージドケアプランからNotice of Appeal Resolution（不服申し立て決議通知書、NAR）を受け取られたこと、その通知に対して不服申し立てをされようとしている旨をご説明ください。
- このフォームでは、公聴会を希望する理由をすべて説明しようとしなくてください。「私の医療機器の給付や申請を拒否した決定は間違いでした」のように、簡潔に述べてください。
- 通訳が必要な場合は、該当するボックスにチェックを入れてください。ご自身の言語または方言を明記してください。
- フォームを郵送する前に、コピーを取って保管してください。
- 記入済みのフォームを、配達証明付き書留郵便で次の宛先にお送りください：

California Department of Social Services
State Hearings Division

P.O.Box 944243, Mail Station 9-17-442
Sacramento, California 94244-2430

結論と、さらなる支援を得る方法

きっとできます！ここまでの時点で、みなさまはすでに多くのことを実践されています。不服申し立ては気が引けるとお感じかもしれませんが、それは自らの状況を説明し、公平に主張を聞いてもらうための機会です。時間をかけて、きちんと整理して進められれば、難しくはありません。すべてを完璧にこなす必要などありません。ただ、最善を尽くしましょう。行き詰まりを感じたり、支援が必要になったりした場合は、いつでもお近くの法律扶助事務所にご連絡ください。

このウェブサイトでは、お住まいの郡で力になってくれる法律扶助事務所を見つけることができます：<https://www.lawhelpca.org/find-legal-help/directory/area>。

ロサンゼルスでは、以下までご連絡いただけます：

- Legal Aid Foundation of Los Angeles（ロサンゼルス法律扶助財団）
- Health Consumer Center (Neighborhood Legal Services of Los Angeles County)（健康消費者センター（ロサンゼルス郡地域法律扶助サービス））
- Bet Tzedek
- Public Counsel（公的法律相談機関）
- Center for Health Care Rights（医療権利センター）
- Disability Rights California（カリフォルニア州障害者権利擁護団体）
- Alliance for Children's Rights（子どもの権利擁護同盟、子どもや21歳未満の未成年者に関わるケースの場合）