



Solicitud de Apelación

Las personas en cuidado que deseen una revisión de una decisión que afecta su atención y cuidado pueden presentar una apelación completando este formulario. Puede solicitar una apelación acelerada si cree que esperar 30 días para recibir una decisión sobre una decisión estándar le causaría problemas de salud, incluyendo problemas con su capacidad para obtener, mantener o recuperar funciones vitales e importantes.

Usted no será sujeto a ningún tipo de discriminación, multa, sanción o restricción por ejercer sus derechos de apelación. Puede solicitar una apelación verbalmente, pero también debe presentar la solicitud por escrito. Recuerde firmar y escribir la fecha de su solicitud.

1. Se requiere la siguiente información para proceder con una apelación:

Fecha de hoy:	
Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de representante autorizado (si corresponde):	
Dirección:	
Ciudad:	
Número de Teléfono:	Mejor hora para llamar:

2. Elija la(s) decisión(es) que desea apelar. Ya debería haber sido informado en un formulario de Aviso de Determinación Adversa de beneficiario (NOABD por sus siglas en inglés) de la decisión que afecta su atención.

- No cumple con los requisitos para recibir servicios especializados de salud mental (Negación de servicio o autorización limitada de servicios)
- Su condición de salud conductual estaría bajo mejor cuidado y tratamiento en un nivel menos intensivo de atención (Negación de servicio o autorización limitada de servicios)
- El Plan de Salud Conductual ya no aprobara su tratamiento (Reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado)
- El Plan negó pago total o parcial de los servicios (Denegación de pago)
- El Plan a negado su disputa de responsabilidad financiera con respecto a (Denegación de la solicitud de un beneficiario para disputar la responsabilidad financiera)
- El Plan no proporciono servicios de manera oportuna (Puntualidad del servicio)
- El plan no actuó dentro de los plazos para la resolución de la queja o para la resolución de la apelación acelerada (Respuesta inoportuna a una apelación o queja)
- Otra razón: _____

3. Por favor de incluir páginas adicionales para proveer mas información que desee que conozcamos.

Firma de Persona en Cuidado: _____ **Fecha:** _____

Devuelva este Formulario:
Salud Conductual del Condado de Monterey
1611 Bunker Hill Way, Suite 120

Salinas, Ca 93906
(831) 755-4545