

Puede presentar una apelación de cualquier decisión tomada con respecto a la negación o cambio en los Servicios de la Salud Mental. La apelación puede ser verbal, pero debe ser seguida por una apelación por escrito. Todas las apelaciones serán mantenidas confidencial. Recibirá una respuesta por escrito lo antes posible o dentro de los 30 días. La apelación apelada se decidirá dentro de las 72 horas.

Amador County Behavioral Health
10877 Conductor Blvd, Suite 300
Sutter Creek, CA 95685

Amador County Behavioral Health
10877 Conductor Blvd, Suite 300
Sutter Creek, CA 95685

Formulario de Apelación

Amador County

Behavioral Health

Para ayuda llame:

(209) 223-6412

Número gratuito:

(888) 310-6555

¿Por qué presentar una apelación?

Puede presentar una apelación de cualquier decisión tomada con respecto a denegaciones o cambios en los servicios de salud mental.

¿Cómo presentar una apelación?

Una apelación debe presentarse dentro de los 90 días posteriores a la determinación de los beneficios adversos. Puede elegir presentar una apelación verbalmente, pero debe ser seguida por una apelación por escrito y firmada. Si elige presentar una apelación verbal, contáctenos al (209) 223-6412, o número gratuito (888) 310-6555. Por favor complete este formulario. Puede enviar este formulario completo a la dirección que se encuentra al frente de este formulario. También puede colocarlo en el buzón enfrente de la entrada del Departamento de Salud Conducta del Condado de Amador. Responderemos dentro de 30 días (una extensión de 14 días quizá sea posible). Si cree que la esperar de 30 días puede causar daños a su salud o salud mental puede solicitar una Apelación Expedita. Si su apelación cumple con los requisitos para ser acelerado, responderemos dentro de 72 horas.

Formulario de Apelación

Puede solicitar una persona del personal u otra persona para ayudarle con el proceso de la apelación. Puede elegir que otra persona actúe por usted. Al llenar una apelación, no será sujeto a una discriminación o pena.

Apelación **Apelación Expedita** *Uso de Amador: fecha/hora recibido* _____

Nombre _____ **Fecha** _____

Dirección postal _____

Teléfono _____

Por favor describa la razón de su apelación (puede usar papel adicional si es necesario).

Por favor háganos saber soluciones o recomendaciones:
