

Inserte el Logo  
aquí

**ADHS/DBHS Formulario Policy 1801.1  
Aviso de Acción**

If you have trouble reading this notice because the letters are too small or the words are hard to read, please call our office at XXX-XXX-XXXX and someone will help you. If this notice does not tell you what you asked for, what we decided and why, please call us at XXX-XXX-XXXX. This letter is available in other languages and formats if you need it.

Si usted tiene problemas leyendo éste aviso debido a que las letras son muy pequeñas o las palabras son muy difíciles de leer, por favor llame a nuestra oficina al XXX-XXX-XXXX y alguna persona le ayudará. Si éste aviso no le proporciona la información que usted busca o la decisión que tomamos y el por qué, por favor llámenos al número XXX-XXX-XXXX. Esta comunicación está disponible en otros idiomas y formatos si usted lo necesita.

[Policy Form 1801.1 English Version](#)

**AVISO DE ACCIÓN**

**PARA:** [NOMBRE /DOMICILIO DEL MIEMBRO] **FECHA:**  
[NOMBRE /DOMICILIO DEL REPRESENTANTE DEL MIEMBRO]

**DE:** (Nombre de la agencia) (Domicilio)  
NOMBRE / NÚMERO DEL CONTACTO

Usted o su proveedor de servicios de salud han solicitado que (*Nombre de RBHA o contratista de RBHA*) pague por (*describa los servicios solicitados y la razón de estos servicios en un lenguaje fácilmente entendible*).

**NUESTRA DECISIÓN**

(*Inserte la acción que se ha tomado aquí y la fecha efectiva si es que se ha terminado o reducido un servicio actual*).

**LAS RAZONES DE NUESTRA DECISIÓN**

Hechos acerca de su condición o situación que apoyan nuestra decisión

(*Inserte la razón de la acción, la cual debe ser completa y en un lenguaje comúnmente entendible. La explicación debe ser ambas, del miembro y del hecho específico, describiendo las condiciones del miembro y las razones que apoyan la decisión de la RBHA o del contratista. Si la razón para la negación es una carencia de información, la información extraviada debe ser identificada de tal manera que el miembro tenga una oportunidad de proporcionarla*).

Base jurídica para nuestra decisión

Basamos nuestra decisión en (*inserte la citación legal correcta aquí*).

Copias de citaciones legales se pueden encontrar en la biblioteca local o en [www.azahcccs.gov/regulations/lawsregulations.aspx](http://www.azahcccs.gov/regulations/lawsregulations.aspx).

**For translation or alternative format requests, call (insert 1-800 and local number)  
Para recibir éste formulario en español, llame al: (inserte 1-800 y el número local)**

Inserte el Logo  
aquí

**ADHS/DBHS Formulario Policy 1801.1  
Aviso de Acción**

**SUS DERECHOS SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON ÉSTA DECISIÓN**

Si usted no está satisfecho con ésta decisión, puede solicitar a (inserte el nombre de la RBHA aquí) que revise la decisión nuevamente. Esto se llama una apelación. Usted puede apelar vía telefónica o por escrito. Debe llamarnos al (***Inserte el número de teléfono para quejas***) o escribanos completando el ADHS/DBHS [Formulario Policy 1803.1 Formulario De Apelación o Queja SMI](#) antes de (***inserte fecha, a no más tardar de 60 días calendario después de la fecha de éste aviso***).

Si usted está escribiendo su apelación, por favor envíela a (*inserte la dirección de correo de la RBHA*).

Usted también puede ver sus expedientes médicos y obtener otra información acerca de su apelación. Antes de que tomemos una decisión, usted puede darnos cualquier información que piense que nos sea útil. Puede solicitarnos agendar una reunión de tal manera que nos de la información en persona, o nos la puede entregar por escrito.

Luego de que revisemos su apelación, le enviaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación.

**SI USTED NECESITA UNA DECISIÓN MÁS RÁPIDA SOBRE SU APELACIÓN**

Si usted o su proveedor de servicios de salud consideran que su salud o su capacidad de funcionar pueden estar en riesgo, a menos que la decisión sea hecha en los próximos tres días, usted o su proveedor de servicios de salud pueden preguntar por una revisión rápida llamándonos o preguntado por una apelación acelerada. Si estamos de acuerdo, decidiremos su apelación en tres días laborales. Si no estamos de acuerdo con que una revisión rápida sea necesaria, nosotros le escribiremos dentro de 2 días y también intentaremos llamarlo. Entonces, decidiremos su apelación en 30 días.

**OBTENER AYUDA SI USTED QUIERE APELAR ESTA DECISIÓN.**

Usted puede pedir ayuda a otra persona para apelar. Su doctor u otro proveedor de servicios de salud pueden apelar por usted si nos informa que le ha dado su permiso para hacerlo.

Si usted requiere ayuda legal con esta decisión, por favor contacte al programa de ayuda legal en su condado, listado en la hoja adjunta. Usted también puede contactar al Sistema de Protección y Abogacía (Protection and Advocacy System), Centro de Arizona para La Ley de Discapacidad (Arizona Center for Disability Law) al 1-800-927-2260. Las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental grave (SMI por sus siglas en inglés) pueden también pedir ayuda contactando a un defensor de la Oficina de Derechos Humanos (Office of Human Rights) al 1-800-421-2124 o al 602-364-4585.

**CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS MIENTRAS TOMAMOS UNA DECISIÓN SOBRE SU APELACIÓN (Inserte: “Éste parágrafo no se aplica a usted” si el miembro no ha estado recibiendo el servicio requerido).**

***For translation or alternative format requests, call (insert 1-800 and local number)  
Para recibir éste formulario en español, llame al: (inserte 1-800 y el número local)***

Inserte el Logo  
aquí

**ADHS/DBHS Formulario Policy 1801.1  
Aviso de Acción**

Si los servicios de los cuales usted escribe en su apelación, ya se le han dado, pero van a ser detenidos o reducidos, usted puede solicitar que los servicios continúen mientras que tomamos la decisión. Si usted desea que éstos servicios continúen, debe indicarlo cuando haga la apelación. Sus servicios solo continuarán si usted apela en (***inserte la fecha, la que se cumpla más tarde, los 10 días calendario a partir de la fecha del aviso O la fecha prevista para la acción***). Si usted no gana su apelación, deberá ser responsable por el pago de éstos servicios prestados durante la apelación.

**CUÁNDO SE TOMAN MÁS DE 30 DÍAS PARA DECIDIR SU APELACIÓN**

Para todas las apelaciones, hasta 14 días adicionales pueden ser tomados para hacer una decisión en su caso. Ésto se llama una extensión. Si nosotros queremos una extensión, le escribiremos y le diremos el por qué es necesaria y cómo esto será de ayuda para usted. Si usted necesita una extensión, la puede solicitar escribiéndonos o llamándonos. Si una extensión es otorgada, una decisión en su apelación será tomada en 44 días, en lugar de 30 días.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de completar la apelación o si necesita ayuda, nos puede llamar al (*inserte número de teléfono del contratista aquí*).

Atentamente,

*(Inserte el nombre de quien toma la decisión)*

***For translation or alternative format requests, call (insert 1-800 and local number)  
Para recibir éste formulario en español, llame al: (inserte 1-800 y el número local)***