

Forma Policy 1804.1

**AVISO DE DECISIÓN Y DERECHO DE APELACIÓN
(PARA INDIVIDUOS CON ENFERMEDADES MENTALES SERIAS)**

TO: [NOMBRE /DOMICILIO DEL SOLICITANTE / CLIENTE]

[NOMBRE /DOMICILIO DEL REPRESENTANTE]

FROM: (Nombre de la Agencia)

(Domicilio)

NOMBRE / NÚMERO DEL CONTACTO

NUESTRA DECISIÓN:

Esta decisión se refiere a:

‰ su elegibilidad para servicios SMI

‰ su plan de servicios como paciente externo o interno

‰ cuotas

‰ un cambio en sus servicios

‰ su evaluación clínica

‰ otro

Nuestra decisión es: _____

La fecha para que esta decisión se haga efectiva es: _____

La razón de nuestra decisión es: _____

FECHA DE LA DECISIÓN: _____ (LA APELACIÓN SE DEBE SOMETER DENTRO DE 60 DÍAS DE ESTA FECHA)

SU DERECHO DE APELAR:

Cómo Apelar

Dentro de 60 días de esta decisión, usted puede apelar oralmente llamando al [número local] o al [número gratis], o por escrito llenando la forma que se encuentra en el reverso de este documento y enviándola a [domicilio]. Su apelación comenzará en la RBHA o ADHS / DBHS para asuntos relacionados con TRBHA. Si su apelación no es resuelta por la RBHA, usted tiene el derecho de pedir una audiencia administrativa de conformidad con el A.R.S. §36-111-112, A.R.S. §41-1061 y siguientes del Acta de Procedimientos Administrativos.

Continuación de Beneficios

Si esta decisión se refiere a los servicios que usted está recibiendo actualmente y si usted apela, sus servicios continuarán durante el proceso de apelación, a menos que un clínico autorizado determine que el cambio se requiere para evitar una amenaza seria o inmediata a su salud o seguridad, o a las de otra persona.

CÓMO OBTENER AYUDA CON SU APELACIÓN:

Cualquier cliente adulto o tutor legal del cliente se puede representar a sí mismo, usar un representante designado o consejero legal. Para obtener ayuda con esta apelación usted puede llamar a [añada organizaciones de ayuda legal o de defensa locales] o la Oficina de Derechos Humanos al 1-602-364-4585 o 1-800-421-2124. También puede revisar su manual para miembros para más información sobre el proceso de apelación.

Nombre y Firma del Individuo que llenó esta forma

**Para traducción o peticiones de formato alternativo, llame a: [inserte el 1-800 y el número local]
Para recibir esta forma en español, llame a: [inserte el 1-800 y el número local]**