

POR FAVOR LEA Y FIRME DEBAJO:

Usted puede autorizar a otra persona, esta persona puede ser un empleado de su proveedor de servicios, para que actúe en su nombre como su representante y si usted lo solicita, esta persona puede representarle en el proceso de Apelación. El Coordinador de la Resolución de Problemas (Utilization Coordinator, como es conocido en inglés) o el Defensor de Derechos del Paciente (Patient's Rights Advocate, como es conocido en inglés) pueden asistirlo en el proceso de Apelación. Se requiere que usted complete el proceso con el condado antes de pedir una Audiencia Estatal. El Plan de Salud Mental (MHP) se asegurará de que usted no esté sujeto a ninguna discriminación o multa por presentar una queja. Si usted no está satisfecho con el resultado de su Apelación ante el Condado, puede solicitar una Audiencia Estatal. La manera de solicitar una Audiencia Estatal es poniéndose en contacto con:

State Hearings Division
State Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

(800) 952-5253 o
(800) 952- 8349 TDD

Usted puede pedir que sus servicios de salud mental continúen mientras espera la decisión sobre su Apelación, o la decisión acerca la Audiencia Estatal. Para solicitar que sus servicios continúen mientras se resuelve su caso, usted debe presentar una Apelación o pedir una Audiencia Estatal en un plazo de **10 días** a partir de la fecha en que recibió la Notificación de Acción (Notice of Action, como es conocida en inglés). En ciertas circunstancias puede darse el caso de que usted tenga que pagar por los servicios.

Si necesita más información sobre el Proceso de Apelación, por favor llame al Coordinador de Resolución de Problemas del Condado de El Dorado al (530) 621-6321 o (800) 929-1955.

Con el fin de resolver esta Apelación, Yo autorizo a la siguiente persona para que me represente:

Nombre y número de teléfono del representante:	
---	--

Yo entiendo también que el Coordinador de Resolución de Problemas (o persona asignada) está autorizado para que se comunique con mi representante (nombrado arriba), y con cualquier proveedor de servicios de salud mental involucrado con el fin de resolver mi Apelación. A la vez, el Coordinador de Resolución de Problemas (o persona asignada) está también autorizado para discutir cualquier y toda la información que sea necesaria para evaluar y resolver esta Apelación.

Firma

Fecha

Una vez que haya completado, firmado y fechado esta forma, por favor envíela a la siguiente dirección:

**Utilization Review Coordinator
HHS Mental Health Division
768 Pleasant Valley Road, Suite 201
Diamond Springs, CA 95619**