

INTENTAMOS hacer todo lo posible para ayudar. Si no está conforme con una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios "NOABD", puede solicitar una apelación. Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días calendario desde la fecha en la NOABD.

### CÓMO SOLICITAR UNA APELACIÓN:

Una apelación es una solicitud para revisar una decisión descrita en una notificación de determinación adversa de beneficios (NOABD). Puede completar este formulario y enviarlo por correo a:

Fresno County DBH  
P.O. Box 45003  
Fresno, CA 93718-9886

Puede adquirir un formulario y un sobre en cualquier centro proveedor, o también puede llamar al 1-800-654-3937 para solicitar una apelación. Las apelaciones pueden presentarse oralmente o de forma escrita por un miembro, un proveedor o un representante autorizado. El proveedor debe contar con el consentimiento por escrito del miembro para poder presentar una apelación a su nombre. La confirmación de la apelación por escrito se recibirá en un plazo de 5 días calendario.

### **Apelaciones estándar:**

Recibirá una carta tan pronto como recibamos su apelación. Recibirá una carta de decisión dentro de los 30 días calendario.

### **Apelaciones aceleradas:**

Puede solicitar una decisión dentro de las 72 horas si esperar 30 días podría poner en riesgo su vida, su salud, o su capacidad de alcanzar, continuar o recuperar su funcionamiento máximo.

No será discriminado ni se tomarán represalias contra usted. Podemos ayudarle con el formulario. Podemos guiarle durante el proceso. Podemos brindarle servicios de apoyo, como un intérprete. Si tiene problemas del habla o auditivos, llame al 711 para obtener ayuda.

.....

### SUS DERECHOS A UNA AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL:

Si no está de acuerdo con una decisión de apelación, o si el plan de salud conductual no resuelve su apelación dentro de los plazos requeridos, puede solicitar una audiencia estatal imparcial.

Debe solicitar una audiencia estatal imparcial en un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha de la Notificación de resolución de la apelación (NAR) por escrito. Puede solicitar una audiencia:

California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
(800) 952-5253

# Folleto 0 Formulario De Apelación



.....

**FRESNO COUNTY  
DEPARTMENT OF  
BEHAVIORAL HEALTH (DBH)  
1-800-654-3937**

## FORMULARIO DE APELACIÓN (En letra de imprenta)

Este formulario se utiliza para solicitar una revisión de una decisión sobre los servicios de salud conductual. Presentar esta solicitud no afectará negativamente su elegibilidad para recibir los servicios del plan de salud conductual del condado de Fresno.

### INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD:

Apellido:		Primer Nombre:		Inicial del segundo nombre:	Esta apelación está relacionada con: <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Servicios de trastornos de uso de sustancias
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono durante el día:	Número de teléfono para mensajes:	Idioma preferido:		
Dirección:		Numero de unidad:	Ciudad/Estado:	Código postal:	

Si esta solicitud se realiza en nombre de un menor o un adulto dependiente, indique su relación:

Padre o madre  Tutor  Custodio  Otro

### Información sobre su Apelación:

Nombre del su proveedor actual (si es diferente del proveedor/programa que emitió el NOABD):

Motivo por el que se emitió la NOABD:

Fecha de la NOABD:

Motivo de la apelación (Sea específico: quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cómo, etc.) Puede adjuntar páginas adicionales, si es necesario.

¿Solicita una apelación acelerada (72 horas)?  Sí  No

De ser así, explique por qué la espera podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máximo funcionamiento:

Nombre en letra de imprenta:	Firma:	Fecha:
------------------------------	--------	--------