NTENTAMOS 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:

Debe recibir una NOABD antes de solicitar una apelación. Puede completar este formulario y enviarlo por correo a:

Fresno County
Department of Behavioral Health
P.O. Box 45003
Fresno, California 93718-9886

Puede buscar un formulario y un sobre en el centro de cualquier proveedor.

Puede llamar al 1-800-654-3937 para solicitar una apelación. También debe enviar una copia por escrito de la apelación por correo.

Recibirá una carta tan pronto como recibamos su apelación. Recibirá una carta de decisión dentro de los 30 días calendario. 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 la resolución de una apelación o si no recibe una carta de decisión, puede solicitar una audiencia.

Debe solicitar una audiencia dentro de los 120 días desde el día en que recibió la NOABD. Puede solicitar una audiencia en:

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 de apelación
Spanish 08/2020

FORMULARIO DE APELACIÓN

FRESNO COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
1-800-654-3937

FORMULARIO DE APELACIÓN (En letra de imprenta)

Escriba lo siguiente con respecto a la persona que presenta la apelación en letra de imprenta: ☐ Usted mismo ☐ Familia ☐ Otro _____

Apellido:	Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:	Esta apelación está relacionada con: ☐ Servicios de salud mental ☐ Servicio de trastornos de uso de sustancias

Fecha de nacimiento:	Número de teléfono durante el día: ( )	Número de teléfono para mensajes: ( )	Idioma preferido:

Dirección:	N.° de unidad:	Ciudad/estado:	Código postal:

Si ayudó a completar este formulario, coloque su nombre en letra de imprenta:	Relación con la persona asistida:

Información sobre su apelación que se relaciona con la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD) que recibió:

Nombre del proveedor/programa que emitió la 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.

¿Está solicitando que esta apelación se resuelva dentro de las 72 horas porque esperar 30 días podría poner en riesgo su vida, su salud, o su capacidad de alcanzar, continuar o recuperar su funcionamiento máximo? ☐ Sí ☐ No. Si la respuesta es sí, explique a continuación:

Nombre en letra de imprenta (Persona que recibió la NOABD):	Firma (Persona que recibió la NOABD):	Fecha: