Intentamos hacer todo lo posible para ayudar. Si no está satisfecho con un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios «NOABD», puede solicitar una apelación. Deberá solicitar la apelación en un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha que aparezca en el NOABD.

Antes de solicitar una apelación, debe haber recibido un NOABD. Puede completar este formulario y enviarlo por correo postal a:

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

Puede coger un formulario y un sobre en cualquier sitio del proveedor.

Puede llamar al 1-800-654-3937 para solicitar una apelación. También deberá enviar una copia escrita de la apelación.

Le enviaremos una carta en cuanto recibamos su apelación. Recibirá una carta de decisión en un plazo de 30 días naturales. Puede solicitar que se tome una decisión en un plazo de 72 horas si esperar 30 días supone un riesgo para su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, continuar o recuperar su funcionamiento pleno.

No sufrirá ningún tipo de discriminación o represalias. Podemos ayudarle a completar el formulario y guiarle durante todo el proceso. También podemos ofrecerle servicios de apoyo, como por ejemplo un intérprete. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al número 711 para recibir ayuda.

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación o si no recibe una carta de decisión, puede solicitar una audiencia.

Deberá solicitar la audiencia en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que recibió el 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

FORMULARIO DE APELACIÓN (para imprimir):

Seleccione la opción que corresponda a la persona que presenta la apelación:

☐Interesado ☐Miembro de la familia ☐Otros

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

Fecha de nacimiento:	Número telefónico diurno:	Número telefónico de mensajes:	Idioma preferido:

Dirección:	Núm. de unidad:	Ciudad/Estado:	Código postal:

Si ayudó a completar este formulario, escriba su nombre:	Relación con la persona atendida:

Nombre del proveedor o programa que emitió el NOABD:	Motivo por el cual se emitió el NOABD:	Fecha del NOABD:

Motivo de la apelación. (Debe ser específico: quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cómo, etc.). Si lo necesita, puede adjuntar páginas adicionales.
¿Solicita que se resuelva esta apelación en un plazo de 72 horas porque una demora en los servicios supone un riesgo para su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, continuar o recuperar su funcionamiento pleno? ☐ Sí. ☐ No. En caso afirmativo, explicar a continuación:

Nombre impreso (persona que recibió el NOABD)	Firma (persona que recibió el NOABD)	Fecha: