



Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services

Formulario de apelación

Estándar / Acelerada

Formulario de apelación - español

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Stamp
Required

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Si precisa asistencia para completar este formulario:

Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal de Servicios para problemas con el alcohol y las drogas.

Puede llamar a Servicios para Miembros.
(916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881
TTY (916) 876-8853

Puede llamar al Defensor de Derechos de los Pacientes.
(916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1^{er} Distrito
Patrick Kennedy, 2^{do} Distrito
Rich Desmond, 3^{er} Distrito
Sue Frost, 4^{to} Distrito
Don Nottoli, 5^{to} Distrito

Interim County Executive Ann Edwards

Department of Health Services Director Chevon Kothari

Division of Behavioral Health Director Ryan Quist, Ph.D.

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
05-14-21

Formulario de Apelación

Nota: La presentación de una apelación no afectará de manera adversa a sus servicios con Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services. El miembro será contactado por Servicios para Miembros y recibirá una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días naturales en el caso de la Apelación Estándar, o en 72 horas en el caso de la Apelación Acelerada. Si se le niega la Apelación Acelerada, se le enviará un aviso por escrito al miembro y comenzará el proceso de la Apelación Estándar. Por favor, marque la casilla que corresponda:

Apelación estándar Apelación Acelerada

Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.

Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: _____

Dirección
(Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): _____

1. **¿Cuál es su apelación? Describa este problema con detalles específicos.** Adjunte páginas adicionales si es necesario.

2. **Si marcó la casilla de Apelación Acelerada, ¿cuál es el motivo por el cual cree que esta apelación debería ser acelerada?** Por favor, incluya la mayor cantidad de información detallada que sea posible. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

3. **¿Ha hablado sobre este problema con su proveedor de servicio? (coordinador, terapeuta, consejero, psiquiatra, etc.)** Sí No

4. **¿Qué le gustaría que sucediera para que se resuelva esta apelación?**

Firma de la persona que realiza la apelación: _____

Fecha de hoy: _____