

**Si necesita ayuda para completar este formulario:**

- Puede pedírsela a cualquier miembro del personal del Plan de Salud Mental.
- Puede llamar a Servicios del Afiliado.  
(916) 875-6069  
Número gratuito 1-888-881-4881  
TDD 711
- Puede llamar a la Defensa de los Derechos del Paciente.  
(916) 333-3800

**Directorio de Supervisores del Condado de Sacramento**

Phil Serna, 1<sup>er</sup> Distrito  
Patrick Kennedy, 2<sup>do</sup> Distrito  
Rich Desmond, 3<sup>er</sup> Distrito  
Sue Frost, 4<sup>to</sup> Distrito  
Don Nottoli, 5<sup>to</sup> Distrito

**Ejecutivo del Condado**  
Ann Edwards

**Departamento de Servicio de Salud**  
Chevon Kothari, Directora

**División de Salud Mental**  
Ryan Quist, Ph.D., Directoro

Sacramento County MHP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

***Publicado por el Condado de Sacramento,  
División de Salud Mental***

Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management, Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management – Member Services  
7001-A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823



**Plan de Salud Mental del  
Condado de Sacramento**

**Formulario  
de Apelación**

Normal / Expeditiva

Appeal Form – Spanish

Estampill  
a de  
correos

# Formulario de Apelación

**Aviso:** Completar una Apelación siguiendo una Acción no afectará negativamente sus servicios con el Plan de Salud Mental del Condado de Sacramento. Servicios del Afiliado le responderá con una resolución dentro de los (45) cuarenta y cinco días para la Apelación Normal o (3) tres días hábiles para la Apelación Expeditiva. Si la Apelación Expeditiva se niega, se enviará un aviso por escrito al afiliado y comenzará el proceso de la Apelación Normal. Por favor, marque el casillero correspondiente:

Apelación Normal       Apelación Expeditiva

**Por favor use letra de molde o escriba de manera legible.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el cliente es menor de edad, ponga el nombre del guardián legal apelando en nombre del menor: \_\_\_\_\_

Domicilio (Ciudad/Estado/C.P.): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Por favor indique la mejor hora para llamar): \_\_\_\_\_

**1. ¿Cuál es su Apelación? Por favor, describa este asunto con detalles específicos.** Si es necesario adjunte más páginas.

---

---

---

**2. Si ha marcado el casillero Expeditiva, diga por qué razón cree que esta Apelación necesita procesarse en forma urgente.** Por favor, incluya la información lo más detallada posible. Si es necesario adjunte más páginas.

---

---

**3. ¿Ha hablado este asunto con su prestador de servicios (coordinador de servicios, terapeuta, consejero, psiquiatra, etc...)?**     SÍ     NO

**4. ¿Qué desearía que suceda para resolver esta Apelación?**

---

---

---

Firma de la persona que hace la Apelación: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_