

**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  
TDD California Relay Service: 711

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

**Sacramento County Board of Supervisors**

- 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
- Patrick Hume, 5<sup>to</sup> Distrito

**County Executive**  
David Villanueva

**Department of Health Services Director**  
Timothy W. Lutz

**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  
February 2024



**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**

# 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: \_\_\_\_\_