



## DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL, DROGAS Y ALCOHOL DEL CONDADO DE YOLO

### Formulario de Apelación del Cliente

#### Derechos del cliente

Usted tiene derecho a presentar una apelación ante el Departamento de Servicios de Salud Mental, Drogas y Alcohol del Condado de Yolo. No se le aplicará ninguna sanción por presentar una Apelación. Si recibió una Notificación de acción y quiere apelar las decisiones que se indican en la Notificación de acción (tal como la negación a prestarle servicios de salud mental), éste es el formulario que debe utilizar. Puede solicitar la ayuda de nuestro personal en caso de ser necesario.

Puede presentar pruebas que respalden su apelación durante el Proceso de apelación, tanto por escrito como personalmente. Usted, o su representante, también tienen derecho a examinar su historia clínica así como cualquier otro documento relevante para su Apelación.

Usted tiene derecho a solicitar una Audiencia justa del estado (*State Fair Hearing*) en cualquier momento, ya sea antes, durante o después de que haya comenzado el Proceso de apelación.

Por favor devuelva el Formulario de apelación del cliente completo al Departamento de Servicios de Salud Mental, Drogas y Alcohol del Condado de Yolo, ya sea personalmente o por correo. Puede retirar sobres con la dirección impresa en la oficina.

Después de devolver el Formulario de apelación completo, recibirá un aviso de recibo por escrito. Se tomará una decisión relativa a su Apelación dentro de los 45 días calendarios siguientes a la recepción de su Apelación. Usted recibirá la decisión por escrito.

#### Constancia del proceso de apelación

Autorizo al personal del Condado de Yolo a comunicarse con cualquier proveedor involucrado a fin de resolver mi Apelación. El Condado de Yolo también está autorizado a discutir cualquier información que sea necesaria a fin de evaluar y resolver esta Apelación.

Firma

Fecha

#### Designación de un representante

Usted puede autorizar a otra persona, incluso a un proveedor, para que actúe en su nombre durante el Proceso de apelación. Si desea autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, por favor complete la siguiente información.

A los fines de la resolución de esta Apelación, autorizo a la persona que se indica a continuación a que actúe en mi nombre (por favor indicar "n/a" [no corresponde] si no desea que otra persona actúe en su nombre):

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

#### Información de contacto del cliente

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

#### Autorización para comunicarse con el representante personal

Al firmar el presente formulario, autorizo al personal del Condado de Yolo a comunicarse con mi representante personal con información sobre mi Apelación.

Firma

Fecha

