

AVISO DE ACCION

TO: [NOMBRE DE LA PERSONA INSCRITA /DOMICILIO]  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE / DOMICILIO]

FROM: (Nombre de la Agencia)  
(Domicilio)  
NOMBRE / NÚMERO DEL CONTACTO

---

**NUESTRA DECISIÓN:**

Hemos decidido tomar las siguientes medidas que afectan sus servicios de salud mental:

- Negar o limitar una petición para (incluya aquí el servicio solicitado).
- Reducir el servicio de (frecuencia propuesta) a (frecuencia propuesta)
- Suspende (incluya el servicio)
- Terminar (incluya el servicio)
- Negar su petición para obtener (incluya aquí el servicio solicitado) fuera de nuestro sistema de proveedores de servicio.

La fecha para que esta decisión se haga efectiva es: \_\_\_\_\_

La razón de nuestra decisión es: \_\_\_\_\_

---

**SU DERECHO DE APELAR:**

**Cómo Apelar** Dentro de 60 días de tomada esta decisión, usted puede apelar oralmente llamando al [número local] o [número gratis], o enviando su apelación por escrito a [domicilio]. Su proveedor de salud mental puede apelar por usted si usted le da permiso por escrito. Las apelaciones regulares se resuelven dentro de 30 días. Cuando usted somete una apelación, puede pedir "apelación acelerada" si el lapso de 30 días puede dar como resultado un daño serio a su vida, salud o o en su habilidad para lograr, recuperar o mantener la máxima función. Las apelaciones aceleradas se resolverán dentro de 3 días hábiles. Si su proveedor de cuidado de salud nos dice esto, la apelación en 3 días de trabajo.

**Petición de Continuación de Beneficios**

Usted puede solicitar que el servicio mencionado en esta carta continúe durante el proceso de apelación. Si usted quiere que el servicio continúe, usted debe decirlo cuando haga la apelación. Sus servicios continuarán sólo si apela dentro de: 10 días de la fecha de este Aviso; o, la fecha en la que los servicios se terminarán o reducirán. Esto sólo se aplica si estamos quitando un servicio que ya hemos aprobado Y si el servicio fue ordenado por su doctor u otro proveedor de cuidado de salud mental. Si usted no gana la apelación, quizá sea responsable de pagar por el servicio proporcionado durante la apelación.

**\*\*Para personas con enfermedades mentales serias (SMI), el servicio que se va a reducir, suspender o terminar continuará cuando usted presente una apelación, a menos que sea dañino para su salud y seguridad o la de otro individuo. Los servicios continuarán durante el proceso de apelación. No se le pedirá que pague por el costo de los servicios que continuó recibiendo durante la apelación.\*\***

---

**CÓMO OBTENER AYUDA CON SU APELACIÓN:**

Para obtener ayuda con su apelación usted puede contactar a [organizaciones locales de defensa o de ayuda legal]. Las personas con enfermedades mentales serias (SMI) pueden llamar a una Oficina de Defensa de los Derechos Humanos al 1-602-364-4574 o 1-800-421-2124. Para más información sobre las razones de nuestra decisión, puede comunicarse con la persona cuyo nombre y domicilio aparecen en la parte de arriba de este aviso. También puede consultar su manual de miembro para más información sobre el proceso de apelación.

Nombre y firma del individuo que llenó esta forma

Fecha de entrega en persona de la correspondencia