APENDICE A

AVISO DEL DERECHO DE APELACION

¦ Nombre del solicitante o persona que recibe servicios

Domicilio y teléfono del sitio local

¦ Dirección postal

CATEGORIA DE SERVICIOS

__ Servicios de niños y adolescentes
__ Servicios de abuso de sustancias
__ Servicios de salud mental general

Se prestan servicios por medio de la Autoridad Regional de Salud Behavioral (RBHA). Se pueden apelar decisiones sobre la salud mental general, el abuso de sustancias y/o los servicios de niños de una persona o un amillaramiento de cuatos o co-recompensa.

Estos requisitos **no** se aplican a:

Acciones o decisiones que le reducen servicios a un individuo como consecuencia de cambios en leyes estatales o federales; determinaciones de elegibilidad/inelegibilidad para servicios TXIX o TXXI; negación de servicios que no son disponibles para nadie de la región y cuando la negación no esta establisado sobre la determinación individual de necesidad; adultos para quienes se ha hecho determinación de enfermedad mental grave.

Favor de aprovechar la oportunidad de revisar cuidadosamente este aviso. Si Ud. desea informarse más sobre las razones por esta decisión, favor de comunicarse con la persona cuyo nombre se apunta abajo o la Oficina de Agravios y Apelaciones de RBHA.

PROCEDIMIENTO PARA APELAR

La apelación debería presentarse por escrito en la Oficina de RBHA, recibiéndose en la misma dentro de 60 días de calendario de la fecha efectiva de la decisión que Ud. está apelando. Se fijará una conferencia informal dentro de siete (7) días del recibo de su apelación. La RBHA podrá ofrecerle, además, un proceso alternativo de resolución de disputas.

Se podrá pedir una apelación acelerada a raíz de presentar la apelación. De aprobarse la petición de apelación acelerada, dentro de dos (2) días hábiles la RBHA llevará a cabo una conferencia informal o le enviará una decisión escrita que afirme que la apelación no satisface las normas para apelaciones aceleradas.

La RBHA emitirá un aviso fechado dentro de tres (3) días hábiles de la conclusión de la conferencia informal u otro proceso que incluya el resultado de la conferencia o proceso alternativo.

Si la RBHA no acepta su apelación, o desecha su apelación sin consideración, Ud. podrá solicitar una Revisión Administrativa por la División de Servicios de Salud Behavioral.

SU DERECHO DE AUDIENCIA

Si su apelación no queda resuelta por medio de la conferencia informal, le corresponde a Ud. el derecho de pedir una audiencia administrativa al Departamento de servicios de Salud de Arizona (ADHS/DBHS) conforme a ARS '36-111, '36-112, y '41-1061 y sigs de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como el de pedir una conferencia de arreglo conforme a ARS '41-1092.06. Decisiones finales se rinden de acuerdo con ARS '41-1092.08. O Ud. o su tutor legal (si lo tiene) puede llevar la representación del caso. También Ud. o su tutor legal podrán valerse de un abogado o representante designado.

Para mayores informes, conmuníquese con: ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals (602)364-4575.

Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services
150 N. 18th Ave., Suite 210, Phoenix, AZ 85007 (602) 364-4575
En inglés y español

APENDICE B

DIVISION ADHS DE SERVICIOS DE SALUD BEHAVIORAL
ANUNCIO DE PROCEDIMIENTOS PARA AGRAVIOS Y APELACIONES

La filosofía del Departamento de Servicios de Salud de Arizona, División de Servicios de Salud Behavioral es proporcionar a los residentes del estado acceso a servicios de salud behavioral apropiados y efectivos. Los Servicios se prestan por medio de la Autoridad Regional de Salud Behavioral (RBHA). Si llega a tener la necesidad de pedir una investigación, registrar algún agravio, o presentar una apelación de tratamiento, Ud. deberá usar el siguiente proceso. Favor de notar: no deberían considerarse como agravios alegaciones sobre la necesidad o conveniencia de servicios de salud behavioral; éstas han de gestionarse más bien por medio del proceso de apelación de Tratamiento/ISP que se expone a continuación.

PETICION DE INVESTIGACION / AGRAVIO

Todo el mundo podrá pedir investigaciones o presentar agravios relativos a cualquier acto u omisión de la RBHA, o uno de sus proveedores, alegando que ha ocurrido, o existe actualmente, una violación de derechos o condición que debe investigarse. La petición puede ser verbal o escrita y debe iniciarse dentro del término máximo de un año después de la supuesta violación de derechos o condición que requiere investigación. Las formas de Petición de Investigación/Agravio se obtienen en el Departamento de Servicios de Salud de Arizona, División de Servicios de Salud Behavioral, las varias RHBA, sitios de administración de casos y en todos los locales de proveedores de la RBHA.

Toda petición de investigación/agravio debe presentarse en la RBHA apropiada. Agravios y peticiones de investigación relacionados con abuso físico o deshonesto (sexual) serán considerados por la División de Servicios de Salud Behavioral. Agravios o Peticiones relativos a tales temas podrán presentarse en la RBHA, remitiéndose entonces a ADHS/DBHS; o podrán presentarse directamente en la DBHS en 2122 E. Highland, Apartamento 100, Phoenix, AZ 85016, (602)381-8999. Dentro de cinco (5) días de la fecha de recibo, le mandarán una carta de reconocimiento y, si conviene, se asignará a un investigador para estudiar el caso. Al llegar a una decisión, le mandarán una respuesta escrita.

APELACION DEL ISP / TRATAMIENTO

Cualquier persona de 18 años de edad, o su tutor o representante designado, podrá presentar una apelación formal en relación a servicios solicitados, o servicios que tal persona recibe. Los temas de apelación se relacionan generalmente con: la negación de servicios; inconformidad con las determinaciones de una evaluación o valoración; cualquier parte del Plan de Servicios Individuales (ISP); el ITDP; servicios recomendados o servicios efectivos prestados; barreras o retrasos ilógicos en la provisión de servicios bajo Título XIX o Título XXI; y la imposición de cuotas. Cuando ciertos servicios de Título XIX O Título XXI se niegan, suspenden, reducen, o terminan, Ud. recibirá un aviso específico de la acción tomada o planeada que incluirá instrucciones concretas de cómo Ud. podrá apelar estos casos directamente al AHCCCS. Apelaciones relativas a otros asuntos, o apelaciones no presentadas al AHCCCS, deben presentarse en la RBHA y deben iniciarse un máximo de 60 días después de la decisión o acción que se esté apelando. Se obtienen formas de apelación en ADHS/DBHS, las RBHAs, sitios de administración de casos, y en todos los sitios de proveedores de RBHA.

La RBHA intentará resolver toda apelación dentro de siete (7) días por medio de un proceso informal. Si el problema no se puede resolver, se turnará el asunto a ADHS/DBHS para apelación adicional. Si la RBHA no acepta su apelación, o desecha su apelación sin consideración, Ud. podrá solicitar una Revisión Administrativa por la División de Servicios de Salud Behavioral.

Tanto para agravios como apelaciones, incluya por favor hasta dónde sea possible:

1. El nombre de la persona que presenta el agravio o petición de investigación o apelación.
2. El nombre del recipiente de los servicios, si difiere.
3. Dirección postal y número de teléfono.
4. La fecha del caso que se está apelando o del incidente que requiere investigación.
5. Una breve descripción del caso o incidente.
6. La resolución o solución deseada.

Tanto para agravios como apelaciones, Ud. podrá llevar su propia representación, designar a un representante, o valerse de un abogado. Ud. podrá comunicarse con el Sistema Estatal de Protección y Voceros, el Centro de Arizona para Leyes sobre Incapacitados en el 1-800-922-1447 en Tucsón, y 1-800-927-2260 en Phoenix. Ud. podrá comunicarse también con Voceros para Enfermos Mentales de Gravedad en el 1-800-421-2124 para asistencia. Si desea plantear una queja sobre alguna agencia, Ud. puede comunicarse con la Oficina de Licencias, 150 N. 18th Ave. Phoenix, Arizona 85007, (602)364-2536.

___ Acuso recibo de este aviso de procedimientos de agravio/apelacióny entiendo el proceso

Fecha

Firma del empleado - Me reuní con esta persona y le expliqué el
procedimiento de agravio y apelación

Fecha

Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services
150 N. 18th Ave., Suite 210, Phoenix, AZ 85007 (602) 364-4575
En inglés y español

APENDICE C

AVISO DE NUESTRA DECISION SOBRE SU PETICION DE
SERVICIOS DE SALUD BEHAVIORAL

PARA: (Nombre/número de identificación del beneficiario) (Nombre y dirección del representante si aplica)

DE: (Nombre de agencia)
(Dirección)
(Número de teléfono)

CONTACTO PERSONAL RESPECTO A ESTE AVISO: (Nombre, Agencia, Dirección, Número de teléfono)

Su petición de (describir servicios)

Se niega puesto que

Nuestra decisión se basa en esta ley

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION

Ud. tiene dos opciones para apelar:

1. Ud. puede solicitar una audiencia acelerada con la Administración de AHCCCS. Si Ud. escoge esta opción, se verificará una audiencia entre 20 y 40 días de la fecha que recibamos su solicitud de audiencia de apelación contra AHCCCS. Si hay una posibilidad de daño substancioso si no se verifica más pronto, Ud. puede pedir en su solicitud que la audiencia se verifique antes de 20 días. AHCCCS decidirá su apelación en un máximo de 90 días después que reciba su solicitud de audiencia. Ud. podrá designar a un pariente, amigo o consejero legal que le ayude. Los adultos podrán defenderse solos en la audiencia. Si desea solicitar una apelación acelerada con AHCCCS, Ud. debe presentar su apelación dentro de 10 días de la fecha en que le entreguen personalmente este aviso, o dentro de 15 días de la fecha que Ud. reciba este aviso, si le llega por correo.

O

2. Ud. podrá apelar a ADHS/DBHS. En esta opción, fijaremos una conferencia informal para intentar resolver el problema a su satisfacción. Si no se logra resolver el problema en la conferencia informal, Ud. podrá seguir apelando mediante solicitud de Audiencia Administrativa al Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Ud. debe presentar su apelación dentro de 60 días del recibo de este aviso.

Favor de usar el adjunto "Formulario para Quejas" para presentar su apelación, o Ud. podrá llamar ADHS/DBHS (602) 381-8999_por asistencia con el protocolo de su apelación. Mande su apelación a: ADHS/DBHS, Office of Grievance and Appeals, 2122 E. Highland, Suite 100, Phoenix, AZ 85016.

La obtención asistencia para su representación Para conseguir asistencia con esta apelación Ud. podrá comunicarse con (escribir grupos locales de abogacía o ayuda legal). Las personas que soliciten o reciban servicios para personas con enfermedades graves mentales (SMI) podrán llamar a Voceros para Enfermos Mentales de Gravedad, 1-800-421-2124.

Para aprender más sobre las razones por nuestra decisión o sobre el proceso, Ud. podrá comunicarse con la persona cuyo nombre y domicilio aparecen al principio de este aviso. Ud. podrá consultar su manual de miembros para información sobre el proceso.

_____

Nombre / Firma Fecha del Aviso

Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services
150 N. 18th Ave. Suite 210, Phoenix, AZ 85007 (602) 364-4575
En inglés y español

APENDICE D

AVISO DE NUESTRA DECISION DE CAMBIAR SUS
SERVICIOS DE SALUD BEHAVIORAL

PARA: (Nombre/número de identificación del beneficiario) (Nombre y dirección del representante si aplica)

DE: (Nombre de agencia)
(Dirección)
(Número de teléfono)

CONTACTO PERSONAL RESPECTO A ESTE AVISO: (Nombre, Agencia, Dirección, Número de Teléfono)

Hemos decidido que su_____(describir servicios)_____serán:

__ REDUCIDOS A:
DE:_____FECHA EFECTIVA:

__ SUSPENDIDOS __ TERMINADOS
FECHA EFECTIVA:_____ FECHA EFECTIVA

Nuestra decisión se basa en esta ley:

La razón por nuestra decisión es:

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISION

Ud. tiene dos opciones para apelar:

1. Ud. puede solicitar una audiencia acelerada con la Administración de AHCCCS. Si Ud. escoge esta opción, se verificará una audiencia entre 20 y 40 días de la fecha que recibamos su solicitud de audiencia de apelación contra AHCCCS. Si hay una posibilidad de daño substancioso si no se verifica más pronto, Ud. puede pedir en su solicitud que la audiencia se verifique antes de 20 días. AHCCCS decidirá su apelación en un máximo de 90 días después de recibir su solicitud de audiencia. Ud. podrá designar a un pariente, amigo o consejero legal que le ayude. Los adultos podrán defenderse solos en la audiencia. **Si desea que los servicios continúen a través del proceso de apelación, Ud. debe escoger esta opción.** (Esta limitación no se aplica a personas inscritas como SMI).

   Continuación de servicios: Al mismo tiempo que telefonea o envía su apelación al AHCCCS, Ud. podrá solicitar que los servicios que fueron reducidos, suspendidos, o terminados continúen al decir o escribir: "Pido la continuación de mis servicios...", o palabras parecidas, o al marcar el cuadro que dice "Quiero que continúen mis servicios" en el formulario adjunto que Ud. les devuelva. Si pierde su apelación, tal vez tenga Ud. que pagar por el costo de los servicios que se continuaron durante la apelación.

Si desea solicitar una apelación acelerada al AHCCCS, Ud. debe presentar su apelación antes de la fecha efectiva de este aviso o dentro de 15 días de la fecha en que reciba este aviso, o la última de las dos fechas.

O

2. Ud. podrá apelar a ADHS/DBHS. En esta opción, fijaremos una conferencia informal para intentar resolver el problema a su satisfacción. Si no se logra resolver el problema en la conferencia informal, Ud. podrá seguir apelando mediante solicitud de Audiencia Administrativa al Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Ud. debe presentar su apelación dentro de 60 días del recibo de este aviso.

(Favor de ver reverso)

Favor de usar el adjunto "Formulario para Quejas" para presentar su apelación, o Ud. podrá llamar Office of Grievance and Appeals, (602) 381-8999 _por asistencia con el protocolo de su apelación. Mande su apelación a:ADHS/DBHS, Office of Grievance and Appeals, 150 N. 18th Ave. Suite 210, Phoenix, AZ 85007.

La obtención asistencia para su representación Para conseguir asistencia con esta apelación Ud. podrá comunicarse con (escribir grupos locales de abogacía o ayuda legal). Personas que solicitan o reciben servicios para personas con enfermedades graves mentales (SMI) podrán llamar a Abogados/representantes para los enfermos mentales graves, 1-800-421-2124.

Para aprender más sobre las razones para nuestra decisión o sobre el proceso, Ud. podrá comunicarse con la persona cuyo nombre y domicilio aparecen al principio de este aviso. Ud. podrá consultar su manual de miembros para información sobre el proceso.

_____

Nombre / Firma Fecha del Aviso

Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services
150 N. 18th Ave., Suite 210, Phoenix, AZ 85007 (602) 364-4575
En inglés y español

APENDICE E

AVISO DE DECISION Y DERECHO DE APELACION TOCANTE A
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

¦ Nombre del solicitante o persona que recibe servicios

Domicilio y teléfono del sitio local

¦ Dirección postal

Esta decisión afecta los siguientes asuntos:

__ su solicitud de elegibilidad de SMI.
__ su ISP o ITDP.
__ cuotas o petición de suspensión de cuotas.
__ suspensión, reducción, o terminación de servicios.
__ su informe de evaluación.
__ la continuación de su elegibilidad para servicios de SMI.
__ otro

Nuestra decisión es:
Fecha efectiva:_____ La razón de nuestra decisión es:

REFERENCIA LEGAL:
Favor de aprovechar la oportunidad de revisar cuidadosamente este aviso. Si Ud. desea informarse más sobre las razones por esta decisión, favor de comunicarse con la persona cuyo nombre se apunta abajo. **UD. PODRA APELAR CONTRA CUALQUIER DECISION DE LA RBHA O SUS PROVEEDORES DE NEGAR SERVICIOS DE SALUD BEHAVIORAL.**

PROCEDIMIENTO PARA APELAR
Deberán presentarse apelaciones por escrito en la oficina de ADHS/DBHS, recibiéndose en la misma dentro de 60 días de calendario de la fecha de este aviso. La ADHS/DBHS llevará a cabo una conferencia informal para resolver el asunto dentro de siete (7) días de la fecha de recibo de la apelación.

Si esta decisión afecta los servicios que Ud. recibe actualmente, y Ud. plantea una apelación, sus servicios continuarán a través del proceso de apelación siempre que un clínico no determine que el cambio es necesario para evitar una amenaza grave o inmediata a su salud y seguridad y las de otros.

SU DERECHO DE AUDIENCIA

Si su apelación no queda resuelta por medio de la conferencia informal, le corresponde a Ud. el derecho de pedir una audiencia al Departamento de servicios de Salud de Arizona (ADHS/DBHS) conforme a ARS '36-111, '36-112, y '41-1061 y sigs de la Ley de Procedimientos Administrativos, así como el de pedir una conferencia de arreglo conforme a ARS '41-1092.06. Las decisiones finales se rinden de acuerdo con ARS '41-1092.08. Los solicitantes adultos, o el tutor legal de algún solicitante, podrán representarse solos, o valerse de un o abogado o representante designado. Un solicitante puede comunicarse con el Centro de Arizona para Leyes sobre Incapacidades en el 602/274-6287 para que le ayuden con la representación. También hay asistencia disponible al llamar a la Oficina de Agravios y Apelaciones al XXX-XXX-XXXX. De acuerdo con A.A.C., Artículo 9, Capítulo 21, Servicios de Salud Mental para Personas con enfermedad mental grave, se ofrece asistencia para adultos con SMI de parte de Voceros para Enfermos Mentales de gravedad en el teléfono 602/941-2199 o el 800/421-2124.

C Ud. podrá optar por abandonar la segunda conferencia informal con ADHS/DBHS y proceder a una audiencia con ADHS/DBHS. La solicitud de abandonar la segunda conferencia informal con ADHS/DBHS deberá presentarse por escrito en la RBHA dentro de 3 días hábiles de verificarse la conferencia informal de RBHA.

* SE ADJUNTAN FORMAS DE APELACION QUE TAMBIEN SON DISPONIBLES EN XXXXX Y TODOS LOS SITIOS DE PROVISION Y ADMINISTRACION DE CASOS. COMUNIQUESE CON LA PERSONA CUYO NOMBRE SE APUNTA ABAJO PARA MAS INFORMES.

_____Nombre/firma

Título No. del Caso Fecha Teléfono

FECHA DE DECISION:_____(DEBERAN PRESENTARSE APELACIONES DENTRO DE 60 DIAS DE ESTA FECHA)

APENDICE F

MH-211 ANEXO A

ANUNCIO DE DERECHOS LEGALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Si Ud. tiene una enfermedad mental grave o crónica, le corresponden derechos legales conforme a leyes federales y estatales. Entre estos derechos se incluyen:

S El derecho a servicios adecuados de salud mental en base a necesidades individuales;

- El derecho a participar en todas las etapas del tratamiento de salud mental, inclusive reuniones del plan de servicios individuales (ISP);

- El derecho a un plan de alta al salir de alta de un hospital;

- El derecho de aceptar o rechazar tratamiento (salvo emergencias u órdenes judiciales);

- El derecho a tratamiento en el medio menos restringente;

- El derecho a estar libre del aislamiento o encierro innecesarios;

- El derecho a no ser abusado física, sexual, o verbalmente;

- El derecho a privacidad (correo, visitas, conversaciones telefónicas);

- El derecho a plantear apelación o recurso de agravio al estar inconforme con la prestación de servicios o por la violación de sus derechos.

- El derecho a escoger (un) representante(s) designado(s) que le ayuden en las juntas de ISP y en la presentación de agravios;

- El derecho a un trabajador del caso que trabaje con Ud. para obtener los servicios que necesita;

- El derecho a un ISP escrito que exponga los servicios que recibirá;

- El derecho a asociarse con otros;

- El derecho al trato confidencial de su expediente psiquiátrico;

- El derecho a obtener copias de su propio expediente psiquiátrico (salvo que no le convenga tenerlas);

- El derecho a apelar contra autos de reclusión o internamiento involuntario y a consultar con un abogado y solicitar la revisión judicial de autos de reclusión cada 60 días;

- El derecho a no ser discriminado en el empleo o la vivienda;

Si Ud. quiere información sobre sus derechos, puede pedir una copia del folleto titulado "Sus Derechos en Arizona como Enfermo Mental de Gravedad", o también puede llamar a Voceros para Enfermos Mentales de Gravedad al 1-800-421-2124.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
DIVISION DE SERVICIOS DE SALUD BEHAVIORAL
Formulario para Quejas

Nombre del solicitante o persona involucrada:
_____APELLIDO
PRIMER NOMBRE INICIAL 2E NOMBRE/APELLIDO

Fecha de registro:_____Fecha de nacimiento:
Domicilio:_____Teléf:_( )_____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Nombre del registrante:_____
APELLIDO-PRIMER NOM-INICIAL-2E NOM/APELLIDO

Domicilio:_____Teléf:_( )_____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Relación del registrante:
__ El (ella) mismo (18 años o más) __ Pariente __ Amigo
__ Vocero __ Tutor/Representante designado __ Otro

Descripción del problema (favor de incluir fechas, nombres, locales, además de otros intentos por resolver el problema; adjunte hojas adicionales de ser necesario):

)Cuál resolución busca Ud.?

__ Solicito audiencia acelerada ante la Administración del AHCCCS. (Sírvase ver reverso para más informes.)
__ Quiero que los servicios continúen durante el proceso de audiencias de AHCCCS. Si mi apelación fracasa, entiendo que se me puede exigir el pago del costo de los servicios que siguieron durante la apelación.
__ No quiero que los servicios continúen durante el proceso de audiencias de AHCCCS.
__ Pido apelación por medio de ADHS/DBHS.

Durante el proceso de inconformidad o apelación por agravios, según entiendo, podrá ser necesario para las partes obtener y revisar mis registros médicos. También, para cada nivel de apelación que gestiono, entiendo que se me abrirá una ficha. Se podrán dirigir preguntas relativas a esta declaración a: Office of Grievance and Appeals, ADHS/DBHS 150 N. 18th Ave. Suite 210, Phoenix, AZ 85007, (602) 364-4575.

Firma:_____Fecha:

Ud. Puede solicitor directamente al AHCCCS una audiencia oportuna si recibió un aviso expreso de negación, suspensión, reducción o terminación de servicios provistos bajo el Titulo XIX o el Titulo XXI informando que tien Ud. La opción de apelar directamente al AHCCCS.

Una apelación de cualquier otra clase ha de dirigirse al Arizona Department of Health Services, Division of Behavioral Health Services.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Office of Grievance and Appeals, ADHS/DBHS, (602) 364-4575

EXHIBIT B
AVISO

Conforme a A.R.S.' 36-506 y R9-21-101(B)

1. A las personas que estan bajo evaluaction o tratamiento conforme a este capitulo, no se les negara ningun derecho civil, incluyendo pero no limitado a, el derecho a disponer de propiedad, ademandar y ser demandado, a tomar parte en relaciones contractuales y a votar. El tratamiento o evaluacion ordenado por la corte conforme a este capitula no es una determinacion de incompetencia legal, excepto hasta el punto proveido en la section 36-512.

2. No se haran discriminaciones de ninguna clase, en contra de una persona que ha sido o esta siendo evaluada o tratada en una agencia debido a un desorden mental, incluyendo pero no limitado a:

    1. Buscar trabajo.
    2. Reasumir o continuar una practica profesional u ocupacion previa.
    3. Obtener o retener vivienda.
    4. Obtener o retener licencias o permisos, incluyendo pero no limitado a, licencias para vehiculo de motor, licencias de operado de vehiculo de motor y de chofer, y licencias ocupacionales o prefesionales.

3. ADiscriminacion@ para propositos de esta seccion quiere decir cualquier denegacion de derechos civiles por motives de hospitalizacion o tratamiento externo no relacionado a la capacidad actual de la persona para cumplir con las normas aplicbles a toda persona. Las solicitudes para posiciones, licencias y vivienda no contendran peticion de informaction que pueda fomental tal discriminaction.

4. Al ser dado de alta de cualquier agencia de tratamiento o evaluacion, se dara al paciente notificacion por escrito sobre las provisiones de esta seccion.