

FORMA PM 5.3.1

FORMA DE APELACIÓN ADHS / DBHS O QUEJA SMI

Información sobre el Cliente / Solicitante:

Nombre: _____
(Apellido, Nombre, Inicial)

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono: (_____) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información sobre la persona que está llenando la forma (si es diferente a la de arriba):

Nombre: _____
(Apellido, Nombre, Inicial)

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Teléfono: (_____) _____

Relación con el Cliente / Solicitante (Ej. , Proveedor, Padre o Tutor): _____

Descripción de la Apelación o Queja: [Por favor incluya fechas, nombres, domicilios, así como cualquier otro intento de resolver el problema; adjunte páginas adicionales si es necesario.]

¿Qué solución desea? _____

Continuación de Servicios:

Para clientes con enfermedades mentales serias, sus servicios bajo apelación continuarán durante el proceso de apelación, a menos que esto signifique una amenaza seria para usted o los demás.

Para apelaciones relacionadas con los servicios de Título XIX o XXI, por favor marque *una* de las siguientes:

- Solicito que los servicios por los que estoy apelando continúen durante el proceso de apelación. Entiendo que si pierdo mi apelación, es posible que me cobren por los servicios que continuaron durante el proceso de apelación.
- No deseo que los servicios por los que estoy apelando continúen durante el proceso de apelación.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____