

FORMA PM 5.5.1

**AVISO DE DECISIÓN Y DERECHO DE APELACIÓN
(PARA INDIVIDUOS CON ENFERMEDADES MENTALES SERIAS)**

PARA: [NOMBRE /DOMICILIO DEL SOLICITANTE / CLIENTE]
[NOMBRE /DOMICILIO DEL REPRESENTANTE]

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

NUESTRA DECISIÓN:

Esta decisión se refiere a:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> su elegibilidad para servicios SMI | <input type="checkbox"/> su plan de servicios como paciente externo o interno |
| <input type="checkbox"/> cuotas | <input type="checkbox"/> un cambio en sus servicios |
| <input type="checkbox"/> su evaluación clínica | <input type="checkbox"/> otro |

Nuestra decisión es: _____

La fecha para que esta decisión se haga efectiva es: _____

La razón de nuestra decisión es: _____

FECHA DE LA DECISIÓN : _____ **(LA APELACIÓN SE DEBE SOMETER DENTRO DE 60 DÍAS DE ESTA FECHA)**

SU DERECHO DE APELAR:

Cómo Apelar

Dentro de 60 días de esta decisión, usted puede apelar oralmente llamando al 1-800-564-5465, o por escrito llenando **PM 5.3.1 Formulario de Apelación a Formulario de Queja SMI** y enviándola a Magellan Health Services of Arizona, P.O. Box 68110, Phoenix, AZ 85082-8110. Su apelación comenzará en la RBHA o ADHS / DBHS para asuntos relacionados con TRBHA. Si su apelación no es resuelta por la RBHA, usted tiene el derecho de pedir una audiencia administrativa de conformidad con el A.R.S. §36-111-112, A.R.S. §41-1061 y siguientes del Acta de Procedimientos Administrativos.

Continuación de Beneficios

Si esta decisión se refiere a los servicios que usted está recibiendo actualmente y si usted apela, sus servicios continuarán durante el proceso de apelación, a menos que un clínico autorizado determine que el cambio se requiere para evitar una amenaza seria o inmediata a su salud o seguridad, o a las de otra persona.

CÓMO OBTENER AYUDA CON SU APELACIÓN:

Cualquier cliente adulto o tutor legal del cliente se puede representar a sí mismo, usar un representante designado o consejero legal. Para obtener ayuda con esta apelación usted puede llamar el sistema de Protección y Defensa del estado, el Centro para Leyes sobre Minusvalidos de Arizona: 1-800-922-1447 en Tucson, y 1-800-927-2260 en Phoenix, o la Oficina de Derechos Humanos al 1-602-364-4574 o 1-800-421-2124. También puede revisar su manual para miembros para más información sobre el proceso de apelación.

Nombre y Firma del Individuo que llenó esta forma

Para traducción o peticiones de formato alternativo, llame a: 1-800-564-5465.