



Merced County Behavioral Health and Recovery Services

Formulario De Apelación

❖ Recuerde, usted debe haber recibido una nota para poder presentar una apelación. Si no está seguro que esto le afecta a usted, puede llamar a cualquiera de los siguientes números para solicitar asistencia:

- Administrador de Mejoramiento de la Calidad: (209) 381-6806
- Especialista de Seguridad de la Calidad: (209) 381-6817
- Defensor de los derechos de los Pacientes: (209) 381-6876
- Número de llamadas gratis: 1-888-334-0163
- TDD: 1-866-293-1818

Apelación

Apelación Acelerada

Nombre:	
Fecha de nacimiento del Paciente:	
Número telefónico del paciente:	
Dirección del Paciente:	
DESCRIBA SU APELACIÓN (Por favor incluya acciones que ha recibido, si es posible)	
POR FAVOR DE VUELTA A LA PÁGINA	



Merced County Behavioral Health and Recovery Services

POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO

Un client podría autorizar a otra persona a actuar en representación suya, y este representante podría usar el proceso de apelación por encima de la solicitud del cliente. El personal del Mejoramiento de la Calidad asistirá al cliente a lo largo del proceso de apelación. El MHP se asegurará que un cliente no sea sujeto a ninguna penalidad por presentar una apelación. Si usted está recibiendo los servicios , los servicios continuarán durante el proceso de apelación.

Con el propósito de resolver esta apealación, yo autorizo a la siguiente persona a que me represente. Por favor escriba, "n/a" si usted no tendrá a nadie que lo represente:

Nombre del representante:	
Número telefónico del representante:	
Dirección del representante	

Yo también entiendo que el personal de Mejoramiento de la Calidad estará autorizado a contactar a mi representante (nombre arriba) y a cualquier trabajador involucrado con mi caso para resolver mi apelación. El personal de Mejoramiento de la Calidad estará también autorizado a discutir cualquiera o toda la información que sea necesitada para evaluar y resolver esta apelación.

Firma, Fecha