

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:

Puede autorizar a otra persona, incluida una persona del personal, para que actúe en su nombre y este representante puede usar el proceso de Apelación si usted lo solicita. El Coordinador de Resolución de Problemas o el Defensor de los Derechos del Paciente pueden ayudarlo durante todo el proceso de Apelación. Se requiere que complete el proceso de Apelación a nivel del Condado antes de solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. El plan de DMC-ODS se asegurará de que no esté sujeto a ninguna discriminación o sanción por presentar una Apelación o solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. Puede examinar el expediente de su caso en cualquier momento, incluidos los historiales médicos y cualquier otro documento o registro considerado durante el proceso de apelación. Si no está satisfecho con el resultado de su apelación a nivel del Condado, puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial. Para solicitar una Audiencia Estatal Imparcial póngase en contacto con:

State Hearings Division
State Department of Social Services 744 P
Street, MS 19-17-37
Sacramento, CA 95814

(800) 952-5253 o
(800) 952- 8349 TDD

Puede solicitar que los servicios de uso de sustancias continúen mientras se espera la decisión de la Apelación o la decisión de la Audiencia Estatal Imparcial. Para hacer esto, debe presentar una Apelación **dentro de los 10 días posteriores** a la recepción de un Aviso de Acción. En algunas circunstancias, es posible que el consumidor tenga que pagar por los servicios.

Si necesita más información sobre el proceso de Apelación, llame al Coordinador de Revisión de Utilización del Condado de El Dorado al (530) 621-6146 o al (800) 929-1955.

Con el fin de resolver esta Apelación, autorizo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre. (Escriba "n/a" si no desea que alguien actúe en su nombre):

Nombre y número de teléfono del representante:	
---	--

También entiendo que el Coordinador de Revisión de Utilización (o la persona designada) estará autorizado para ponerse en contacto con mi representante (como se mencionó anteriormente) y con cualquier proveedor involucrado para resolver mi Apelación. El Coordinador de Revisión de Utilización (o la persona designada) también estará autorizado para hablar de cualquier información que sea necesaria para evaluar y resolver esta Apelación.

Firma

Fecha

Cuando haya completado, firmado y fechado el documento, envíelo a SUDSQualityAssurance@edcgov.us en un formato seguro o envíelo por correo a:

**Problem Resolution Coordinator
Substance Use Disorder Services
929 Spring Street
Placerville, CA 95667**