

INTENCIÓN DEL MIEMBRO DE PRESENTAR UNA APELACIÓN

Este formulario de “**Intención de Presentación de Apelación**” es para solicitar la revisión de una decisión cuando se denieguen, reduzcan o finalicen servicios y/o si ha habido un retraso inapropiado en el servicio o en el Proceso de Resolución de Problemas. Debe presentarse una apelación en un plazo de 60 días desde la fecha de la Notificación de Acción. No hay fecha límite para presentar una apelación cuando no se ha enviado una Notificación de Acción. Las Apelaciones aceleradas deben solicitarse (verbalmente o por escrito) en un plazo de 10 días. Las apelaciones se resolverán en un plazo de 30 días desde la presentación, salvo que se acelere (es decir, esperar pondrá en peligro la vida, la salud o la capacidad de mantener o recuperar la máxima función), en cuyo caso la decisión se tomará no más de 72 horas después de que NCBH reciba la solicitud de resolución acelerada (comuníquese con el Defensor de los Derechos del Paciente respecto a las Apelaciones aceleradas).

El formulario de “**Intención de Presentación de Queja**” solo se utiliza cuando un cliente quiere expresar su insatisfacción respecto a cuestiones relacionadas con la prestación de servicios de salud mental que no están cubiertas por una apelación (por ejemplo, calidad de la atención o servicios; grosería por parte de un empleado o incumplimiento de los derechos del cliente). Ambos formularios pueden encontrarse en el vestíbulo del proveedor, solicitarse al Defensor de los Derechos del Paciente, o puede presentar su queja en línea en <https://www.nevadacountyca.gov/2170/Quality-Assurance>. Recibirá una confirmación de que su queja ha sido recibida en un plazo de cinco días hábiles.

Para información sobre una apelación y/o una queja o presentar una queja verbalmente, comuníquese con el Defensor de los Derechos del Paciente al 530-265-1437. Para obtener información más detallada, consulte la Guía de resolución de problemas del cliente <https://www.nevadacountyca.gov/DocumentCenter/View/24137/Client-Problem-Resolution-Guide-Spanish> o el Manual integrado de salud mental y servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias del condado de Nevada <https://www.nevadacountyca.gov/DocumentCenter/View/47757/Condado-de-Nevada-MHP-ODS-Manual-del-Beneficiario-de-los-Servicios?bidId=>

Yo _____, estoy informando al

☐ Departamento de Salud Conductual del Condado de Nevada, y/o

☐ Proveedor

sobre mi solicitud para iniciar un Procedimiento de Apelación respecto a la prestación de servicios en su centro. Entiendo que no estaré sujeto a discriminación ni a ninguna otra sanción por presentar una apelación. Mi información impresa es la siguiente:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Marque si no tiene vivienda: ☐

Medi-Cal N.º: _____ Fecha de nacimiento: _____

(marque con un círculo) ☐ Cliente ☐ Ex cliente ☐ Familiar ☐ Amigo

Esta apelación, ¿está relacionada con una queja por discriminación transgénero, de género diverso o intersexual?

☐ Sí ☐ No

Naturaleza de la apelación (fecha de ocurrencia, ubicación, persona(s) implicada(s), qué servicio fue denegado, reducido o finalizado y/o explicación del retraso inapropiado en el servicio o el proceso de resolución de problemas:

☐ **Presenté una Apelación acelerada (explique de qué manera una apelación estándar podría poner en peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener u obtener sus funciones vitales máximas):**

¿Qué pasos, si es que hubo alguno, tomó para resolver el problema (con quién habló, cuándo y qué respuesta recibió)?

Firma del miembro

Fecha

Doy permiso para contactarme en relación con esta Apelación por mensaje de texto o correo electrónico: ☐ **Sí** ☐ **No**