

**FORMA PM 5.5.1**

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

**TO:** [NOMBRE /DOMICILIO DEL SOLICITANTE / CLIENTE]

[NOMBRE /DOMICILIO DEL REPRESENTANTE]

**FROM:** (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 [número local] o al [número gratis], o por escrito llenando la forma que se encuentra en el reverso de este documento y enviándola a [domicilio].** 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 a [añada organizaciones de ayuda legal o de defensa locales] 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: [inserte el 1-800 y el número local]  
Para recibir esta forma en español, llame a: [inserte el 1-800 y el número local]**