



AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE SHASTA
2640 Breslauer Way
Redding, CA 96001
www.shastahhsa.net

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Shasta
Attn: Compliance & Quality Improvement
P.O. Box 496005
Redding, CA 96049-6005

SERVICIOS CONTINUOS DURANTE SU APELACIÓN

Todavía le brindaremos servicios a través de este proceso.

Le garantizamos un trato justo.

APELACIÓN MÁS RÁPIDA

Si afecta su salud, puede solicitar que se revise su apelación dentro de las 72 horas.

Nuestro coordinador de la ADA puede ser contactado mediante:

530-225-5515 (teléfono)
530-225-5345 (fax)

Si tiene preguntas, o desea consultar el estado de su apelación, comuníquese con Managed Care al 530-245-6750 o al 1-888-385-5201 Servicio de retransmisión de California, llame al 711



Shasta County
**Health & Human
Services Agency**

Agencia de Salud y Servicios Humanos
del Condado de Shasta
2640 Breslauer Way
Redding, CA 96001
www.shastahhsa.net

Revised 10/2023

Formulario de Apelación

Las decisiones acerca de su atención médica de salud mental pueden someterse a reconsideración.

Para obtener ayuda llame al:
(530) 245-6750

¿POR QUÉ PRESENTAR UNA APELACIÓN?

Esto ayuda a revisar una decisión relativa a sus servicios de salud mental tomada por el Plan de salud mental del condado de Shasta.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Complete este formulario o cuéntenos al respecto. Para comunicarse con nosotros, llame al 530-245-6750 o al 1-888-385-5201. Puede enviar el formulario por correo a la dirección que figura al dorso o dárselo a su profesional de atención médica.

Le garantizamos un trato justo durante este proceso.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN

Puede solicitar ayuda para completar este formulario o hacer que alguien lo haga por usted. Le garantizamos un trato justo en caso de presentar una apelación.

Fecha: _____ Lugar: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (hogar) _____ (trabajo) _____ (cellular) _____

Idioma que habla: _____

Describa el motivo de su apelación: _____

¿Cómo considera que esto puede resolverse? _____

¿Se trata de una apelación expeditiva? En caso afirmativo, explique por qué. _____

Firma: _____

Si su apelación se debe a que sus servicios cambiarán y usted no quiere el cambio, entonces debe presentar su formulario dentro de los diez días posteriores a la fecha de la modificación.