

FORMULARIO DE CAMBIO DE LA SOLICITUD DE APELACIÓN

Información de la apelación

Número de seguimiento del sistema del Departamento de Servicios de Desarrollo:

Número de caso de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH), si corresponde:

Nombre de la persona para la que se solicita la apelación (reclamante):

Dirección de correo electrónico (si se solicita la opción de video):

Centro Regional:

El proceso de apelaciones consta de tres partes. **Seleccione la(s) parte(s) que desea añadir a su apelación a continuación.** Si ya usó una parte del proceso, no puede solicitarla nuevamente. **Nota:** Si selecciona la opción de video a continuación, deberá facilitarnos una dirección de correo electrónico.

<input type="checkbox"/> Reunión informal	<p>Se reúne con el director del centro regional o con la persona que ellos elijan. Usted y el centro regional intentarán resolver su apelación.</p> <p>Quiero que la reunión informal sea:</p> <input type="checkbox"/> en persona; <input type="checkbox"/> por video; o <input type="checkbox"/> por teléfono
<input type="checkbox"/> Mediación	<p>Usted y el centro regional se reúnen con un mediador. El mediador es una persona imparcial. El mediador le ayuda a usted y al centro regional a llegar a un acuerdo sobre su apelación.</p> <p>Quiero que la mediación sea:</p> <input type="checkbox"/> en persona; <input type="checkbox"/> por video; o <input type="checkbox"/> por teléfono
<input type="checkbox"/> Audiencia	<p>La audiencia será con un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencias escucha su información y la del centro regional. El funcionario de audiencias le ayuda a exponer los hechos. También se encarga de que la audiencia se realice de forma justa e informal. Luego, el funcionario toma la decisión sobre su apelación.</p> <p>Quiero que la audiencia sea:</p> <input type="checkbox"/> en persona; <input type="checkbox"/> por video; o <input type="checkbox"/> por teléfono

Firma de la persona para la que se solicita la apelación, padre/madre de un menor de edad, representante autorizado, curador, tutor o abogado:

Fecha:

Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

Información confidencial del cliente, secciones 4514 y 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud