



**SERVICIOS MÉDICOS PARA NIÑOS
FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIONES PARA EL PACIENTE Y LA FAMILIA**

Yo _____ estoy apelando una decisión del programa de Servicios Médicos para Niños (Children's Medical Services, CMS).
Paciente o representante legal (relación con el paciente)

Información para el paciente o solicitante de CMS

Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Núm. de identificación del paciente de CMS (si corresponde)	
Dirección postal:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:	Número de contacto:
Me notificaron la decisión de CMS el: _____ Fecha			notificación dada por _____ Coordinador de la atención de CMS	

Servicios Médicos para Niños (marque el espacio que corresponda):

- Declaró que el paciente o solicitante no cumple con los requisitos del programa de CMS.
- Negó la autorización del paciente o solicitante para los servicios médicos.
- Se tomó otra medida que afectó los servicios que recibió el paciente o solicitante de CMS:
Descripción del servicio: _____

Me gustaría proporcionar la siguiente información y sugerencias para resolver el problema:

Paciente o representante legal Firma Fecha	Nombre del representante:
	Dirección:
	Teléfono:

Instrucciones del formulario de solicitud de apelación

El programa Servicios Médicos para Niños (Children's Medical Services, CMS) le ofrece la oportunidad de apelar las decisiones respecto a la idoneidad y los servicios del programa. Hay dos áreas en las cuales puede apelar:

- CMS determina que usted no cumple con los requisitos del programa
 - CMS niega una solicitud de servicio
1. Llene este formulario lo más completamente posible o escriba una carta con la misma información.
 2. Incluya los nombres, las direcciones y los números de teléfono solicitados.
 3. El paciente o el representante legal del paciente o solicitante firma el formulario.
 4. Envíe por correo este formulario o su carta a la dirección que aparece más abajo. El formulario de apelación o la carta tiene que recibirse en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha de la notificación de la no idoneidad o negación del programa de CMS.

Envíe el formulario llenado a: Georgia Department of Public Health/Children Medical Services
ATTN: CMS Program Manager
2 Peachtree Street, NW
Atlanta, GA 30303
O por correo electrónico a: Childrens.Medical@dph.ga.gov

Si no va a enviar por correo el formulario de apelación o la carta en un plazo de 10 días laborables de la notificación del programa de CMS, conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Recibió usted una negación o aviso de cancelación? Sí No

a. ¿Cuál era la fecha del matasellos en el sobre?

b. ¿Cuándo recibió el aviso?

2. Si no recibió el aviso, ¿cómo se enteró de la negación, la cancelación o la medida tomada?

3. ¿Ha tenido problemas para recibir correspondencia? Sí No

a. Si responde Sí, ¿qué tipo de problemas?

b. Si la respuesta es Sí, ¿le informó esos problemas al correo? Sí No

4. ¿Ha cambiado su dirección? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo?

a. ¿Se lo comunicó a la agencia? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo?

5. ¿Cuál fue la razón por la que no presentó una apelación en un plazo de 10 días laborables de la medida tomada por la agencia?

