



## Programa de Acceso a Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés) – Formulario de apelación

### Instrucciones

Si el Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCHS, por sus siglas en inglés) le negó su Solicitud de Asistencia Financiera, o si usted cree que califica para un descuento mayor bajo el Programa de Acceso a la Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés) de CSCHS, usted puede apelar al:

1. Completar la segunda página de este formulario; y
2. Presentar el formulario completo (y todos los documentos que justifiquen su apelación) en una de las siguientes direcciones en un plazo de **30 días** a partir de la negación o decisión con la que no está de acuerdo:

<b>Por correo</b>	<b>Entregarlo en persona</b>
CSCHS Patient Business Services 5750 Fontanoso Way, 1st Floor San José, CA 95138 Attention: Revenue Cycle Director	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

Su apelación debe explicar por qué no está de acuerdo con la negación o decisión inicial que recibió de CSCHS. Por ejemplo, si cree que cometimos un error o que hay información adicional que deberíamos tener en cuenta, háganoslo saber. Como recordatorio, puede encontrar la política completa de HAP que enumera todos los requisitos de elegibilidad en línea en: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>.

Puede presentar documentos de apoyo junto con su formulario completo de apelación. CSCHS también puede comunicarse con usted para solicitarle que presente documentos adicionales y/o información sobre su apelación.

CSCHS tomará una decisión sobre su apelación dentro de 30 días de recibir su formulario de apelación completo. Si se mantiene la negación o decisión inicial, puede presentar una segunda apelación completando otra copia de este formulario y enviándola (junto con cualquier documento de apoyo) a la siguiente dirección dentro de los **30 días** de la negación de su primera apelación:

<b>Por correo</b>	<b>Entregarlo en persona</b>
CSCHS Finance Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B San José, CA 95128 Attention: Chief Financial Officer	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

CSCHS tomará una decisión sobre cualquier segunda apelación dentro de 30 días de recibir su formulario de apelación completo. La decisión sobre cualquier segunda apelación será definitiva.

**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con el Departamento de Acceso de Pacientes por teléfono al (866) 967-4677 (TTY: 711) (de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes) o en persona en 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (de 8 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes).**



## Programa de Acceso a Atención Médica (HAP, por sus siglas en inglés) – Formulario de apelación

**Información Requerida**

Por favor **complete todos los campos a continuación** antes de enviar este formulario de apelación a CSCHS. Proporcionar información incompleta puede resultar en un retraso o negación de su apelación.

<b>Nombre del paciente o garante (apellidos, nombre, segundo nombre):</b>	
<b>Fecha de nacimiento (mes/día/año):</b>	<b>Número de expediente medico (si lo sabe):</b>
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Marque aquí si desea recibir comunicaciones sobre este recurso por correo electrónico seguro</b>
<b>Número de teléfono:</b>	<b>Dirección postal:</b>
<b>Fecha de la negación o decisión con la que no está de acuerdo:</b>	
<b>Explique por qué no está de acuerdo con la negación o decisión y qué reparación solicita (si necesita más espacio, envíe páginas adicionales con este formulario):</b>	

Confirmando que la información que he facilitado es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma