

**Condado de San Diego**  
**Programa de Especialidad Medi-Cal de Servicios de Salud Mental**  
**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN**  
**(Retrasos en el procesamiento de quejas/apelaciones)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_, Número Medi-Cal \_\_\_\_\_

Debido a que la agencia designada para el plan de salud mental del Condado de San Diego, \_\_\_\_\_ no ha procesado su  queja  apelación  apelación expedita a tiempo.

Nuestros expedientes muestran que Ud. presentó su solicitud el \_\_\_\_\_

Usted solicitó que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lamentamos el retraso en contestar su solicitud. Continuaremos trabajando en su solicitud y esperamos proporcionarle una decisión pronto.

**Si su solicitud se trataba sobre el rechazo o el cambio en los servicios de salud mental que recibe por parte del plan de salud mental y usted no desea esperar nuestra decisión, usted puede solicitar una audiencia estatal para considerar el rechazo o el cambio. También puede pedir que la audiencia estatal considere las razones del retraso.**

Si su petición se trataba sobre otra cuestión, usted puede solicitar una audiencia estatal para considerar la razón del retraso. El dorso de este formulario explica cómo solicitar una audiencia estatal.

Esta notificación es obligatoria de acuerdo al párrafo 438, subpárrafo F del título 42 del código de regulaciones federales.