



PATIENT I.D. DATA /
DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(name, DOC #, birthdate /
nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Housing Unit / *Unidad de vivienda:*

ACCOMMODATION REVIEW COMMITTEE – DECISION NOTIFICATION
COMITÉ DE REVISIÓN DE ALOJAMIENTO - NOTIFICACIÓN DE DECISIÓN

DATE / FECHA

Accommodation request for _____
was reviewed by the Accommodation Review Committee on _____ and was:

La solicitud de alojamiento para: _____
fue examinada por el Comité de Revisión de alojamiento el día _____ *y fue:*

- Approved – See Comments.
Aprobado – Ver comentarios abajo.
- Not approved – See Comments.
No aprobada - Ver comentarios abajo.
- Deferred at this time – See Comments.
Diferida por ahora - Ver comentarios abajo.

Comments / *Comentarios:*

If you do not agree with the ARC decision, you have the right to appeal the decision within **10 days** using DOC 13-584 Patient Appeal of Accommodation Review Committee Decision.

Si no está de acuerdo con la decisión del ARC, tiene derecho a apelar la decisión dentro de 10 días usando el formulario DOC 13-584 Apelación del Paciente de la Decisión del Comité de Revisión de alojamiento.

PLEASE CONTACT YOUR FACILITY ADA COORDINATOR IF YOU HAVE ANY QUESTIONS
PÓNGASE EN CONTACTO CON COORDINADOR DE ADA DE LA INSTALACION SI TIENE ALGUNA PREGUNTA

ADA COORDINATOR SIGNATURE / <i>FIRMA COORDINADOR DE ADA</i>	DATE / FECHA
---	--------------

Distribution / *Distribución:* **ORIGINAL** – Patient / **ORIGINAL** – *Paciente* **COPY** – Health Record / **COPIA** – *Expediente médico*

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según permita la ley.