APELACIÓN DEL EL PACIENTE A LA DECISIÓN DEL COMITÉ DE REVISIÓN DE ALOJAMIENTO

En esta fecha se me ha informado de la decisión del Comité de Revisión de Alojamiento (ARC) de **NO autorizar** el alojamiento solicitado y de que tengo derecho a apelar la decisión del ARC de que el alojamiento solicitado **NO** sea aprobado.

Deseo apelar la decisión del ARC y entiendo que esta apelación debe ser presentada dentro de los 10 días siguientes a la fecha de recepción del formulario DOC 13-510 Comité de Revisión de Alojamiento - Notificación de la decisión

NOMBRE	FIRMA	FECHA

NÚMERO DE DOC	INSTALACION

APELACIÓN

Guarde la copia amarilla para sus archivos y entregue el original al **Coordinador de ADA** en su instalación o envíela por correo a: ADA Compliance Manager
Health Services
Department of Corrections
PO Box 41123
Olympia WA 98504-1123

DISTRIBUCIÓN: BLANCO - HISTORIAL MÉDICO AMARILLA - PACIENTE

La ley estatal y/o los reglamentos federales prohíben la divulgación de esta información sin el consentimiento específico escrito de la persona a la que pertenece, o según permita la ley.