



Solicitud de Revisión de la Decisión tomada por la Agencia ASAP

Para solicitar una revisión con respecto a la decisión tomada por la agencia de Punto de Acceso a Servicios para Ancianos, usted debe llenar este formulario y devolverlo dentro de un plazo de treinta (30) días de calendario de haber recibido el aviso de la acción.

Envíe este formulario por correo o
entregúelo en persona a:

Por favor llene todas las secciones que correspondan:

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____

2. Estoy en desacuerdo con la decisión que tomó la agencia ASAP de cambiar mis servicios, y solicito una apelación de esta decisión.

Firma: _____ Fecha: _____

3. Quisiera (marque una):

☐ una revisión por teléfono llamando al _____ (núm. de teléfono).

☐ una revisión en persona.

4. Quisiera que la siguiente persona me represente:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación o Parentesco: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo: _____

A usted se le notificará por escrito sobre la hora, fecha y lugar de la reunión de Revisión dentro de un plazo de siete (7) días de calendario de la agencia ASAP haber recibido este formulario. La reunión de Revisión se llevará a cabo dentro de un plazo de veintiún (21) días de calendario de que la agencia ASAP haya recibido este formulario.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su Administrador de Caso llamando al: _____