

Huntsville Memorial Hospital
Asistencia financiera para el cuidado de caridad
Solicitud de apelación – Anexo F

SI SU SOLICITUD DE SERVICIOS NO COMPENSADOS HA SIDO DENEGADA, PUEDE APELAR DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS POSTERIORES A QUE EL DIRECTOR DE SERVICIOS SOCIALES LE HAYA ENVIADO POR CORREO EL AVISO DE DENEGACIÓN DE SOLICITUD. LA APELACIÓN PUEDE SER HECHA POR LA PERSONA QUE SOLICITA LOS SERVICIOS NO COMPENSADOS O EL CENTRO MÉDICO A TRAVÉS DEL CUAL SE PROPORCIONÓ O SE PROPORCIONARÁ LA ATENCIÓN MÉDICA. SU SOLICITUD DEBE DIRIGIRSE AL DIRECTOR FINANCIERO DEL HOSPITAL.

NOMBRE DE PERSONA O CENTRO MÉDICO ATRACTIVO _____

DIRECCIÓN _____

FECHA DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS _____

FECHA DE DENEGACIÓN DE APLICACIÓN _____

LA SOLICITUD DE APELACIÓN DE FECHA SE REALIZÓ _____

***MOTIVOS ESTATALES SOBRE POR QUÉ SE ESTÁ HACIENDO LA APELACIÓN Y EXPLICAR POR QUÉ CREE QUE LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD HA SIDO DENEGADA.**

***PROPORCIONE ALGUNA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE USTED CREA QUE ES RELEVANTE PARA LA DETERMINACIÓN.**
