



Documento de Renuncia de Determinación de Elegibilidad a SMI en 3 Días

El propósito del proceso de determinación de elegibilidad para servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI, por sus siglas en inglés) de Solari es de efectivamente y eficientemente identificar a las personas quienes califican para recibir servicios de SMI. Puede que se necesite tiempo adicional para obtener la información necesaria para evaluar su situación y tomar una decisión informada con respecto a su elegibilidad para servicios de SMI.

Por favor marque una de las siguientes opciones:

_____ Yo deseo proveerle tiempo adicional a Solari para que solicite y reciba mis expedientes médicos previos y/ o realice una evaluación en persona con un Examinador de Elegibilidad de SMI (Psiquiatra, Psicólogo, o Enfermera Practicante en Psiquiatría). Si el Examinador decide que la información disponible actualmente es suficiente, él o ella tomará una decisión dentro de tres (3) días laborales. Si el Examinador decide que se necesita información adicional para tomar una decisión, yo entiendo que puede tomar hasta 20 días para recibir una determinación final.

_____ Yo deseo proveerle tiempo adicional a Solari para que me refiera al programa de evaluaciones extendidas (Extended Evaluations Program-EEP, por sus siglas en inglés) para evaluar cómo mi uso de sustancias afecta mis síntomas de salud mental y funcionamiento. Si el Examinador decide que la información disponible actualmente es suficiente, él o ella tomará una decisión dentro de tres (3) días laborales. Si el Examinador decide que se necesita información adicional, yo entiendo que puede tomar hasta 30 días, o posiblemente hasta 60 días adicionales, para recibir una determinación final.

_____ Yo rehúso ambas opciones y deseo que se determine mi elegibilidad a los beneficios de Enfermedad Mental Grave "SMI" dentro de tres (3) días laborales usando la información que está disponible actualmente.

He tenido la oportunidad de leer este documento y entiendo cada una de las tres opciones disponibles. He tomado una decisión informada sobre la línea de tiempo para mi determinación de servicios SMI. . La opción que yo he seleccionado es la mejor elección para mi situación.

Firma del/la Solicitante

Firma del/la Tutor/a Legal o
Representante
Designado/a

Firma del/la Evaluador/a

Fecha

Este formulario se debe llenar para TODAS las evaluaciones presentadas para determinación de elegibilidad a SMI. Si la persona no puede o no quiere firmar, por favor indique la razón: