



RENUNCIA A LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA SMI/SED DE TRES (3) DÍAS

El propósito del proceso de determinación de elegibilidad de Solari es identificar de manera eficaz y eficiente a las personas que cumplen los criterios para recibir los servicios de SMI o SED. Para evaluar adecuadamente su elegibilidad para los servicios, es posible que se necesite más tiempo para obtener la información suficiente y tomar una decisión informada sobre su elegibilidad para SMI o SED.

Marque una de las siguientes opciones:

_____ Quiero darle a Solari más tiempo para solicitar y recibir mis expedientes médicos o hacer una evaluación en persona con un revisor de elegibilidad para SMI/SED (psiquiatra, psicólogo o enfermero psiquiátrico de práctica avanzada). Si un revisor determina que la información disponible es suficiente para tomar una decisión, dicha decisión se hará en un plazo de tres (3) días laborables. Si un revisor determina que la información disponible no es suficiente para tomar una decisión en tres días laborables, podría tomarse hasta veinte (20) días naturales más para hacerlo.

_____ Quiero darle a Solari más tiempo para remitirme al programa de evaluaciones ampliadas (EEP) para evaluar cómo mi consumo de sustancias afecta a mi funcionamiento y mis síntomas de salud mental. Si un revisor determina que la información disponible es suficiente para tomar una decisión, dicha decisión se hará en un plazo de tres (3) días laborables. Si un revisor determina que la información disponible no es suficiente para tomar una decisión en tres días laborables, podría tomarse hasta treinta (30) o posiblemente sesenta (60) días naturales más para hacerlo.

_____ Rechazo las dos opciones arriba mencionadas. Quiero que se determine mi elegibilidad para los beneficios de SMI/SED en un plazo de tres (3) días laborables usando la información disponible actualmente.

He tenido la posibilidad de analizar completamente este documento y entiendo cada una de las opciones anteriores. He tomado una decisión informada sobre los plazos de mi determinación de elegibilidad para SMI/SED, y la opción que elegí es la mejor elección para mi situación.

Firma del solicitante

Firma del tutor legal
o representante designado

Firma del solicitante

Fecha

Si no elige una opción en este formulario, la decisión se tomará en tres días laborables.

