



**San Mateo Medical Center**  
*A County System of Healthcare*

**Programas de Asistencia Financiera  
 Paso No.2 de apelación: Comité de Revisión  
 Financiera y Elegibilidad (CRFE)**

El propósito de este formulario es para apelar la decisión de la Revisión de Elegibilidad Individual (IER) en relación a la notificación de denegación o suspensión de elegibilidad para uno de los programas de asistencia financiera, o denegación del programa sin costo o reducción de copagos o pagos. Este formulario deberá ser llenado y devuelto a la dirección del fondo dentro de los siguientes 60 días de recibir la carta con la decisión del IER. El Comité de Revisión Financiera y Elegibilidad (EFRC) revisara esta apelación y proveerá una decisión o le notificara a usted de la hora y fecha de la audiencia en los siguientes 30 días de haber recibido esta apelación. Usted tiene el derecho de presentarse en persona o con algún representante legal si usted solicita una audiencia para le revisión requerida.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

No. de Archive Medico: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Está usted solicitando una oportunidad de atender a una audiencia para la revisión requerida? (Haga un circulo en la respuesta)     Si     NO**

Por favor, provea alguna información adicional que la EFRC pueda usar para revisar su apelación **Adjunte todos los documentos que apoyan su posición, incluyendo el original del 1er paso de apelación: Revisión de Elegibilidad Individual y su Tabla del estado financiero del paciente. Use el reverso de este formulario o páginas adicionales si es necesario.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Por favor envíe este formulario dentro de los 60 días siguientes a:**

**Kathy Van Kirk, Appeals Coordinator  
 Human Services Agency  
 2500 Middlefield Road  
 Redwood City, CA 94063**

Si usted solicita tener la oportunidad de asistir a la audiencia de su apelación, el Centro Medico de San Mateo le proveerá a usted una notificación en cuanto a la hora y fecha de la audiencia dentro de los 30 días siguientes al recibo del formulario de apelación. Si usted no pidió poder atender a esta audiencia, el Centro Medico de San Mateo le proveerá a usted una decisión por escrito durante los 30 días siguientes de haber recibido su formulario de apelación. Si usted tiene alguna pregunta acerca del proceso de apelación, por favor comuníquese con Kathy Van Kirk al (650) 363-4482.

Si usted necesita asistencia con esta apelación, Podrá ponerse en contacto con la Sociedad de Ayuda Legal, del Condado de San Mateo  
 330 Twin Dolphin Drive, Suite 123, Redwood City, CA 94065; (650) 558-0915