

**Apelación del Programa MedAssist/ MedAssist Program Appeal  
del Condado de Santa Clara/ County of Santa Clara**

Usted ha solicitado y se le ha negado el Programa MedAssist del Condado de Santa Clara. Usted tiene el derecho de apelar esta decisión por escrito **dentro de 30 días de esa negación**. Para apelar su negación, complete este formulario y envíelo siguiendo las instrucciones de abajo:

Nombre del Paciente:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de negación:	
Razón(es) para negación:	
Asistencia Solicitada:	

Firma del paciente/garante: \_\_\_\_\_

Fecha Presentada: \_\_\_\_\_

Por favor, rellene los datos de arriba. Debe proporcionar toda la información para que su apelación sea analizada adecuadamente. Dentro de los 30 días siguientes a la negación de MedAssist, presente su apelación a:

**County of Santa Clara Health System Patient Business Services**  
**2325 Enborg Lane, Suite 440**  
**San Jose, CA 95128**  
**Attention: Revenue Cycle Director**

Se analizará su apelación y recibirá una respuesta en un plazo de 30 días. Si se mantiene la negación, el paciente puede presentar una segunda apelación a:

**County of Santa Clara Health System Finance Department**  
**2325 Enborg Lane, Suite 360**  
**San Jose, CA 95128**  
**Attention: Chief Financial Officer**

Se analizará su apelación y recibirá una respuesta en un plazo de 30 días. La decisión sobre cualquier segunda apelación será definitiva.