

---

## Formulario de apelación de determinación de Elegibilidad

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

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

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Número de identificación de paciente que se encuentra en la notificación: \_\_\_\_\_

Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad que aparece en la notificación que recibió de Harris Health System, llene este formulario de apelación y envíela por correo en el término de 65 días a partir de la fecha de su notificación a:

Eligibility Appeals Committee  
Harris Health System  
P.O. Box 300488  
Houston, TX 77230

Nosotros nos pondremos en contacto con usted por correo dentro de los diez (10) días después de recibir su formulario de apelación.

Por favor Describa a continuación por qué apela la determinación.

Estoy apelando porque: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_