



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

La meta de Crisis Response Network es la de tomar una decisión correcta con respecto a su elegibilidad a beneficios por enfermedad mental seria "SMI" (por sus siglas en inglés), e informarle sobre sus derechos en el proceso de la toma de decisiones. Puede ser necesario tiempo adicional para evaluar su situación y para tomar una decisión informada con respecto a su elegibilidad a SMI.

Por favor marque una de las siguientes opciones:

- A. Yo deseo permitir tiempo adicional para que Crisis Response Network solicite y reciba mis expedientes médicos previos y/o realice una evaluación en persona con un Examinador de Elegibilidad a SMI (Psiquiatra, Psicólogo, o Enfermera Practicante en Psiquiatría). Si el Examinador decide que se necesita información adicional para ayudarles a tomar una decisión, yo entiendo que se tomará una determinación final dentro de 20 días. Si el Examinador decide que la información disponible actualmente es suficiente, ellos tomarán una determinación dentro de 3 días laborales.
- B. Yo deseo permitir tiempo adicional para que Crisis Response Network me refiera al programa de evaluaciones extendidas Extended Evaluations Program (EEP) a fin de evaluar cómo afecta mi uso de sustancias mis síntomas de salud mental y funcionamiento. Si el Examinador decide que se necesita información adicional, se recopilarán los expedientes, y se tomará una determinación final dentro de 90 días. Si el Examinador decide que la información disponible actualmente es suficiente, ellos tomarán una determinación dentro de 3 días laborales.
- C. Yo declino ambas opciones listadas arriba y deseo que se determine mi elegibilidad a los beneficios por enfermedad mental seria "SMI" dentro de 3 días laborales usando la información que está disponible actualmente.

Se me han explicado completamente las opciones anteriores para que yo pueda tomar una decisión informada sobre mi atención. La opción que yo he seleccionado es la mejor elección para mi situación.

Firma del/la Solicitante

Fecha

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

Firma del/la Evaluador/a

[Esta forma debe llenarse en TODAS las evaluaciones presentadas para las determinaciones de elegibilidad a SMI. Si el/la receptor/a no puede o no quiere firmar, por favor indique la razón.]