



# Garnet Health

**GHMC**  **GHMC- Catskills**  **Garnet Health Doctors**  **Garnet Health Urgent Care**

Garnet Health hizo una determinación sobre su solicitud de asistencia financiera. En caso de no estar de acuerdo con la determinación, puede apelar de la decisión en un plazo de 30 días si llena y envía la siguiente información con la documentación de respaldo.

=====

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Dirección del paciente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de la determinación:

\_\_\_\_\_

Determinación:

\_\_\_\_\_

Motivo de la apelación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente:

\_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_

Puede llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5477 si tiene algún problema relacionado con su solicitud.