

**Si necesita asistencia para completar esta forma:**

- ◆ Usted puede pedir asistencia al personal del Plan de Salud Mental (MHP).
- ◆ Usted puede llamar al Representante de Derechos del Cliente al **(559) 673-3508 ext. 1267**
- ◆ Usted puede designar a un representante para que actúe por usted si así lo desea.

Favor de entregar este formulario a la recepcionista, ponga en caja de sugerencia o mande por correo en el sobre rotulado a:

**Servicios de Comportamiento del Condado de Madera**  
Plan de Salud Mental  
P.O. Box 1288  
Madera, CA 93639

**Coordinador de Manejo de Calidad**

(559) 673-3508

(888) 275-9779

**Representante de Derechos del Cliente**

(559) 673-3508

(888) 275-9779

**Mediador Estatal**

(800) 896-4042

TTY (800) 896-2512

Email: [MHombudsman@dhcs.ca.gov](mailto:MHombudsman@dhcs.ca.gov)

**Director de Dpto. de Salud Mental**

Connie Moreno-Peraza, LCSW

(559) 673-3508

Línea gratuita (888) 275-9779

TTY (800) 735-2929

Servicios de Relevo Marque 711

Voz a Voz (866) 288-4151

# FORMULARIO FORMAL PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMA MHSA



## SERVICIOS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO CONDADO DE MADERA

Por favor pregunte a recepcionista sobre su **derecho** a servicios gratuitos de **asistencia en su idioma** y formatos alternativos de este panfleto. Si tiene **limitaciones físicas**, le ayudaremos a encontrar servicios disponibles, apropiados y accesibles.

**SERVICIOS DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE MADERA**  
**FORMULARIO FORMAL PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMA MHSA**

**NOTA:** Sus servicios actuales del Departamento de Servicios de Salud de Comportamiento **NO** se verán adversamente afectados de ninguna manera al llenar un Formulario para Resolución de Problema MHSA. Si usted tiene un problema relacionado con MHSA, por favor complete este formulario, ponga en el sobre rotulado, cierre, estampe y envíe por correo. Usted puede asignar a un representante para que actúe por usted si así lo desea. Se le mantendrá informado(a) sobre el estado de su Formulario para Resolución de MHSA.

**Por favor escriba claramente.**

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

Nombre del Guardián Legal si se trata de un Menor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Nos permite enviar correo a este domicilio? Sí  No

Número de Teléfono (Por favor indique la mejor hora para llamarle): \_\_\_\_\_

¿Nos permite llamarle a este número de teléfono? Sí  No

¿Nos permite dejar un mensaje para usted en este número de teléfono? Sí  No

**1. Describa la(s) razón(es) por la(s) cuál(es) pide una resolución de planificación o implementación del plan MHSA. Por favor sea específico(a), incluya nombres, fechas y horas si es posible:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha(s) de el/los incidente(s): \_\_\_\_\_

Describa el Problema: \_\_\_\_\_

**2. ¿Ha intentado resolver el/los problema(s) antes de pedir una resolución de planificación o implementación del plan MHSA?**

Sí  Por favor describa lo que ha hecho para resolver el problema e incluya los resultados.

No  No he hecho previos intentos para resolver el problema de planificación o implementación del plan MHSA.

**3. ¿Qué es lo que le gustaría ver como resolución a este problema de planificación o implementación del plan MHSA?**

Entiendo que se autorizará al personal del Plan de Salud Mental para contactar a cualquier proveedor de servicios involucrado para resolver este Problema de Planificación o Implementación del Plan MHSA. El personal del Plan de Salud Mental también estará autorizado para compartir parte y/o toda la información necesaria para evaluar y resolver este Problema de Planificación o Implementación del Plan MHSA.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante

**PARA EL USO DEL CONDADO SOLAMENTE**

**REVIEWED BY:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**RECOMMENDATIONS:** \_\_\_\_\_