

FORMULARIO DE QUEJA



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 DE QUEJA DEL CLIENTE

- Se puede presentar una queja al usar este formulario, escribir una carta, o verbalmente en persona o por teléfono.
- Para asistencia al llenar este formulario o para reportar una queja verbalmente, usted puede acudir a su terapeuta, el supervisor de programa, o a las personas listadas al reverso.
- Para presentar este formulario o una carta, d sela a la recepcionista o m ndela en el sobre rotulado proveído.
- Puede designar a otra persona para que actu  en su nombre.
- El proceso de queja es confidencial y se siguen las reglas de privacidad aplicables.
- Sus servicios del Dpto. de Salud de Comportamiento NO se verán afectados de ninguna manera al presentar una queja.
- Se le mantendrá informado sobre el estatus de su queja.

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Guardián Legal si es por un menor: _____

Parentesco: _____

 C mo podemos contactarle? Correo Domicilio:

Teléfono/Número(s): _____

 Podemos dejar mensaje? Sí No

Lugar(es) donde recibe servicios

7th Street Pine Street Chowchilla Oakhurst NA

Describe los eventos-sea lo más específico posible incluyendo nombres completos de personas involucradas, testigos (si hay) fechas y hora de incidentes. Puede usar más papel.

¿Ha intentado resolver este asunto antes? No Sí.

Describa lo que trato y el resultado. _____

¿Qué le gustaría que ocurriera para resolver esta queja? _____

El Coordinador de Calidad de Manejo (QM) supervisa la resolución del proceso asegurando que se responda a su queja dentro de noventa (90) días de calendario. Usted o el Coordinador de QM puede pedir una extensión de hasta 14 días de calendario; se designa una persona neutral con experiencia clínica para tomar la decisión; usted debe firmar formularios de autorización para personas involucradas en la resolución de la queja; usted puede presentar una apelación para una Audiencia Estatal Justa si el proceso no cumple con las fechas de limite especificadas o si usted no está de acuerdo con los resultados.

Yo entiendo que los empleados de Servicios de Comportamiento (BHS) estarán autorizados para ponerse en contacto con cualquier proveedor de servicios involucrado para resolver mi queja. Los empleados de Servicios de Comportamiento también estarán

autorizados para compartir parte y/o toda la información necesaria para evaluar y resolver esta queja.

Fecha

Firma de Persona Llenando este Formulario

Si necesita asistencia para completar esta forma por favor contacte a:

Coordinador de Servicios de Calidad

(559) 673-3508

(888) 275-9779

Representante de Derechos del Cliente

(559) 673-3508 x 1311

(888) 275-9779

Oficial de Privacidad

(559) 673-3508 x 1311

Mediador Estatal

(800) 896-4042

TTY (800) 896-2512

Email: MHombudsman@dhcs.ca.gov

Favor de entregar esta forma a la recepcionista o mande por correo en el sobre rotulado a:

Servicios de Salud de Comportamiento del Condado de Madera

Plan de Salud Mental

P.O. Box 1288

Madera, CA 93639