

INTENTAMOS hacer todo lo posible para ayudar. Si no está conforme con sus servicios de salud mental o de trastorno de uso de sustancias, puede presentar una queja formal en cualquier momento. Una queja formal es una queja sobre cualquier asunto excepto una "Notificación de Determinación Adversa de Beneficios". Las quejas pueden presentarse oralmente o de forma escrita por un miembro, un proveedor o un representante autorizado.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA:

Puede presentar una queja en cualquier momento. Puede completar este formulario y enviarlo por correo a:

Fresno County DBH
P.O. Box 45003 Fresno, CA
93718-9886

Puede adquirir un formulario y un sobre en cualquier centro proveedor, o también puede presentar una queja llamando al 1-800-654-3937. Recibirá una confirmación por escrito de que hemos recibido su queja en un plazo de 5 días calendario. Le enviaremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario. Si no está satisfecho con la decisión y tiene información adicional, puede enviarla para su revisión. Si no está de acuerdo con la segunda decisión, llame al:

Department of Health Care Services
Office of Ombudsman
(888) 452-8609

No es necesario que presente una queja antes de llamar a la oficina de Ombudsman.

La discriminación es ilegal. En el plan de salud conductual del condado de Fresno, no se discrimina ni excluye ilegalmente a las personas, ni se las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo u otras características amparadas por la ley. Podemos ayudarlo con el formulario. Podemos guiarlo durante el proceso. Podemos proporcionarle servicios de apoyo, por ejemplo, un intérprete. Si tiene problemas del habla o auditivos, llame al 711 para obtener ayuda.

.....

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR DISCRIMINACIÓN:

Si recibió un trato injusto basado en sus características personales, puede presentar una queja por discriminación llamando al:

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights
(800) 368-1019
Debe presentar la solicitud en un plazo de 180 días.

California Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
(916) 440-7370
Debe presentar la solicitud en un plazo de 365 días.

Folleto 0 Formulario De Queja



.....

**FRESNO COUNTY
DEPARTMENT OF
BEHAVIORAL HEALTH (DBH)
1-800-654-3937**

FORMULARIO DE QUEJA (En letra de imprenta)

Este formulario se utiliza para presentar una queja o inquietud sobre los servicios de salud conductual que no sea una resolución al respecto.

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE REALIZA LA SOLICITUD:

Apellido:		Nombre de pila:		Inicial del segundo nombre:	Esta queja está relacionada con: <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Servicios de trastornos de uso de sustancias
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono durante el día:	Número de teléfono para mensajes:		Idioma preferido:	
Dirección:		Numero de unidad:	Ciudad/Estado:		Código postal:

Si esta solicitud se realiza en nombre de un menor o un adulto dependiente, indique su relación:

Padre o madre Tutor Custodio Otro

Información sobre su queja:

Nombre del proveedor, programa o servicio involucrado (si se conoce):

¿Ya intentó resolver este problema? Sí No

De ser así, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema e incluya los resultados.

Descripción de la queja:

(Describa el problema. Sea específico: quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cómo, etc. Puede adjuntar páginas adicionales, si es necesario).

Nombre en letra de imprenta:	Firma:	Fecha:
------------------------------	--------	--------