NTENTAMOS 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".

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA:

Primero debe hablar con su proveedor. Si esto no es posible, puede completar este formulario y enviarlo por correo a:

Fresno County
Department of Behavioral Health
P.O. Box 45003
Fresno, CA 93718-9886

Puede buscar un formulario y un sobre en el centro de cualquier proveedor.

Si no desea completar este formulario, puede llamar al 1-800-654-3937 como otra opción.

Recibirá una carta tan pronto como recibamos su queja. Recibirá una carta de decisión dentro de los 90 días calendario.

Si no está de acuerdo con la decisión y tiene más información, puede presentar otra queja. 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.

No será discriminado ni se tomarán represalias contra usted. Podemos ayudarle con el formulario. Podemos guiarle durante el proceso. Podemos brindarle servicios de apoyo, como 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 unan queja por discriminación llamando al:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
(800) 368-1019

Debe hacer la presentación dentro de los 180 días desde el día en que sucedió el hecho.

California Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
(916) 440-7370

Debe hacer la presentación dentro de los 365 días desde el día en que sucedió el hecho.

Formulario de queja
Spanish 08/2020

FORMULARIO DE QUEJA

FRESNO COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
1-800-654-3937

FORMULARIO DE QUEJA (En letra de imprenta)

Seleccione lo siguiente con respecto a la persona que presenta la queja: ☐ Usted mismo ☐ Familia ☐ Otro _____

Apellido:	Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:	Esta queja está relacionada con: ☐ Servicios de salud mental ☐ Servicios de trastornos de uso de sustancias

Fecha de nacimiento:	Número de teléfono durante el día: ( )	Número de teléfono para mensajes: ( )	Idioma preferido:

Dirección:	N.° de unidad:	Ciudad/Estado:	Código postal:

Si ayudó a completar este formulario, coloque su nombre en letra de imprenta:	Relación con la persona asistida:

Información sobre su queja:

Nombre del proveedor/programa contra el que se presenta la queja:	Nombre de la persona contra la que se presenta esta queja:	Fecha del incidente:

Describa la naturaleza de esta queja. (Sea específico: quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cómo, etc.). Puede adjuntar páginas adicionales, si es necesario.

¿Ha intentado resolver el problema antes de presentar una queja?

☐ Sí. Describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema e incluya los resultados.

☐ No. ¿Qué consideraría que sería una resolución adecuada para este problema?

Nombre en letra de imprenta (Persona que presenta la queja):	Firma (Persona que presenta la queja):	Fecha: