Intentamos hacer todo lo posible para ayudar. Si no está satisfecho con sus servicios de salud mental o sus servicios para trastornos por uso de sustancias, puede presentar una reclamación en cualquier momento. Una reclamación es una queja sobre cualquier asunto, excepto un «Aviso de Determinación Adversa de Beneficios».

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

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

Puede coger un formulario y un sobre en cualquier sitio del proveedor.

Si no desea completar este formulario, también tiene la opción de llamar al 1-800-654-3937.

Le enviaremos una carta en cuanto recibamos su reclamación. Recibirá una carta de decisión en un plazo de 90 días. Si no está satisfecho con la decisión y tiene más información, puede presentar otra reclamación. Si no está satisfecho con la segunda decisión, llame al Departamento de Servicios de Atención Médica - Oficina de Ombudsman al 1-888-452-8609. No hace falta que

nos presente una reclamación antes de llamar a la Oficina de Ombudsman.

No sufrirá ningún tipo de discriminación o represalias. Podemos ayudarle a completar el formulario. También podemos ofrecerle servicios de apoyo, como por ejemplo un intérprete. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al número 711 para recibir ayuda.

Si recibe un trato injusto por sus rasgos personales, puede presentar una reclamación por discriminación llamando al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
Oficina de Derechos Civiles
(800) 368-1019
Deberá presentar la reclamación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que el trato tuvo lugar.

Departamento de Servicios de Atención Médica de California
Oficina de Derechos Civiles
(916) 440-7370
Deberá presentar la reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que el trato tuvo lugar.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN (para imprimir):

Seleccione la opción que corresponda a la persona que presenta la reclamación:
☐Interesado ☐Miembro de la familia ☐Otros

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Esta reclamación está relacionada con: ☐ Servicios de salud mental ☐ Servicios para trastornos por uso de sustancias

Fecha de nacimiento:	Número telefónico diurno:	Número telefónico de mensajes:	Idioma preferido:

Dirección:	Núm. de unidad:	Ciudad/Estado:	Código postal:

Si ayudó a completar este formulario, escriba su nombre:	Relación con la persona atendida:

Nombre del proveedor o programa al cual va dirigida esta reclamación:	Nombre de la persona a quien va dirigida esta reclamación:	Fecha(s) del incidente:

Describa la naturaleza de esta reclamación. (Debe ser específico: quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cómo, etc.).		
¿Ha intentado resolver el problema antes de completar la reclamación? ☐ Sí. Describa qué ha hecho para intentar resolver el problema e incluya los resultados obtenidos. ☐ No. ¿Qué considera una resolución apropiada a este problema?		
Nombre impreso (persona que presenta la reclamación)	Firma (persona que presenta la reclamación)	Fecha: