

**COLUSA COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH
GRIEVANCE OR APPEAL FORM**



Use this form if you:

- 1) Wish to express dissatisfaction with any aspect of your treatment with Behavioral Health Services. This is called a **GRIEVANCE**. (See Section 1 below for filing an appeal)
- 2) Or, if you wish to appeal a decision denying, reducing, or limiting your pre-authorized services. This is called an **APPEAL** (See Section 2 below for filing an appeal).

You may use the pre-addressed envelopes next to this form to submit your appeal/grievance. To express your dissatisfaction without completing and submitting a form, you may leave a message with the Patients Rights Advocate at (530) 458-0530.

Client information:

Client's Name: _____

Street Address: _____

City, State, Zip: _____

Phone: (____) _____-_____

Person completing this form: Are you the client? _____yes _____no

If you are completing this form, but you are not the client receiving services, what is your relationship to the client? _____

Your name _____ Your phone number (____)_____

SECTION 1

If you are completing this form to file a grievance, please briefly describe your concern or dissatisfaction. (If additional space is needed, please continue on the back of this page.)

SECTION 2

If you are completing this form to file an appeal, please answer the following:

Have you received a Notice of Action (NOABD)? _____Yes _____ No

If yes, on approximately what date did you receive the NOABD? _____

What is the reason for filing this appeal? (If additional space is needed, please continue on the back of this page.) _____

Signature of client (or authorized representative)

Date:

DEPARTAMENTO DEL CONDADO DE COLUSA DE SALUD MENTAL QUEJA o APELACIÓN FORMULARIO



Utilice este formulario si:

1) Deseo expresar insatisfacción con cualquier aspecto de su tratamiento con Servicios de Salud Mental. Esto se llama una **QUEJA**.

2) O bien, si desea apelar una decisión de negar, reducir o limitar sus servicios pre-autorizados. Esto se llama una **APELACIÓN** (Vea la Sección 2 a continuación para presentar una apelación).

Usted puede utilizar los sobres con la dirección junto a este formulario para enviar su apelación / queja. Para expresar su descontento sin completar y enviar un formulario, puede dejar un mensaje con el Abogado Derechos de los Pacientes al (530) 458-0530.

La información del cliente:

Nombre del Cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Persona que completa este formulario: ¿Eres tú el cliente? ____ Sí ____ No

Si usted está llenando este formulario, pero usted no es el cliente que recibe servicios, ¿cuál es su relación con el cliente? _____

Su nombre _____ **Su número de teléfono** _____

SECCIÓN 1

Si usted está llenando este formulario para presentar una queja, por favor describa brevemente su inquietud o insatisfacción.

(Si necesita espacio adicional, por favor, continúe en el reverso de esta página.) _____

SECCIÓN 2

Si usted está llenando este formulario para presentar una apelación, por favor conteste lo siguiente:

¿Ha recibido una notificación de acción (NOABD)? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha aproximadamente recibió usted el NOABD? _____

¿Cuál es el motivo de la presentación de este recurso? (Si necesita espacio adicional, por favor, continúe en el reverso de esta página.) _____

Firma del cliente (o representante autorizado)

_____,20_____
Fecha: