



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: