Si precisa asistencia para completar este formulario:

- Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal del Plan de Salud Mental.
- Usted puede llamar a Member Services (Servicios para miembros) (916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881 TDD 711

 Usted puede llamar al Patient Rights Advocate. (916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1st Distrito Patrick Kennedy, 2_{nd} Distrito Rich Desmond, 3_{rd} Distrito Sue Frost, 4th Distrito Don Nottoli, 5_{th} Distrito

Acting County Executive Ann Edwards

Department of Health Services

Chevon Kothari, Directora

Division of Behavioral Health

Ryan Quist, Ph.D. Directora

Sacramento County MHP cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

> Publicado por: The County of Sacramento Division of Behavioral Health 10 de mayo de 2021

Quality Management, Member Services

Sacramento County Mental Health Plar



Sacramento County Mental Health Plan (Plan de salud mental del **Condado de Sacramento)**

Formulario de queja

Grievance Form – Spanish

Sacramento County Mental Health Plan Quality Management – **Member Services**

Sacramento, CA 95823

obligatorio

		^	:	_
W	u	E	J	d

Nota: La presentación de una queja no afectará de manera adversa a sus servicios con el Sacramento County Mental Health Plan. El miembro será contactado por Member Services (Servicios para miembros) y recibirá una respuesta por escrito dentro de los noventa (90) días naturales. Por favor, complete este formulario, luego debe plegarlo y colocarlo en un sobre, sellarlo y enviarlo por correo.

Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.

Fed	cha:	Lugar del servicio:		
No	mbre del cliente:	Fecha de nacimiento:		
Si e	el cliente es menor de edad, escriba el			
	mbre del tutor legal que presenta la			
	icitud en representación del menor:			
Dir	ección (Ciudad/Estado/Código postal):			
	mero de teléfono (indique el mejor horario ra llamar):			
	Describa la(s) razó	n(es) para presentar una <u>queja</u> .		
	Sea específico, incluya nombro	es, fechas y horas toda vez que sea posible.		
Fed	cha(s) del incidente:			
1.	Describa la queja o la naturaleza de la queja	queja o la naturaleza de la queja. Por favor, adjunte más páginas si es necesario:		
2.	¿Ha intentado resolver el(los) problema(s) a	ntes de presentar la queja?		
	☐ Sí Por favor, describa lo que ha hecho par	a intentar resolver el problema, e incluya los resultados:		
	No, no he hecho intentos previos para re	esolver la queja.		
3.	¿Qué le gustaría que sucediera para resolve	r esta queja?		
E	Intiendo que seré contactado en relación con	esta solicitud dentro de los próximos treinta (30) días naturales		
Firi	ma de la persona			
	e realiza esta queja:	Fecha de hoy:		