

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, 2nd Distrito
Rich Desmond, 3rd Distrito
Sue Frost, 4th Distrito
Don Nottoli, 5th 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

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823



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

**Formulario
de queja**

Grievance Form– Spanish

Sello
obligatorio

Queja

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.

Fecha: _____ Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): _____

Describa la(s) razón(es) para presentar una queja.

Sea específico, incluya nombres, fechas y horas toda vez que sea posible.

Fecha(s) del incidente: _____

1. Describa la queja o la naturaleza de la queja. Por favor, adjunte más páginas si es necesario:

2. ¿Ha intentado resolver el(los) problema(s) antes de presentar la queja?

Sí Por favor, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema, e incluya los resultados:

No, no he hecho intentos previos para resolver la queja.

3. ¿Qué le gustaría que sucediera para resolver esta queja?

Entiendo que seré contactado en relación con esta solicitud dentro de los próximos treinta (30) días naturales

Firma de la persona que realiza esta queja: _____ Fecha de hoy: _____