



QUEJA O FORMULARIO DE APELACIÓN

Utilice este formulario si usted:

- 1) Desea expresar insatisfacción con cualquier aspecto de su tratamiento de los Servicios de Salud del Comportamiento. Esto se llama una **queja**.
- 2) Desea apelar una decisión de denegación, reducción de los servicios y/o limitación de sus servicios pre-autorizados. Esto se llama una **apelación**.

Usted puede utilizar el sobre con el nombre y la dirección del remitente junto a este formulario para presentar su apelación o queja. Para expresar su disatisfacción sin que tenga que completar y submitir la forma, usted puede hablar con el proveedor representante en su clínica, el Jefe de Servicio en su clínica, o puede llamar a la Autoridad y Mejoramiento de la Calidad de Servicios al (866) 308-3074 o (866) 308-3073 TDD (Dispositivo de Comunicación para Personas con Dificultades Auditivas).

Información del Cliente:

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Información de la Clínica:

¿Nombre de la clínica/programa donde el cliente esta recibiendo servicios? _____

Dirección de la Clínica: _____ Ciudad, Estado, Código Postal de la clínica: _____

Si usted esta completando este formulario para presentar una queja, por favor, describa brevemente su preocupación o insatisfacción.

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

¿Usted ha recibido un Aviso De Acción (NOA)? _____ NO _____ SI _____ FECHA _____

Usted puede solicitar una apelación rápida, que deberá decidirse dentro de 3 días laborales, si usted cree que una demora puede causar problemas graves con su salud mental incluyendo problemas con su capacidad de obtener, mantener, o recuperar funciones vitales importantes en su vida. ¿Le gustaría solicitar una apelación rápida?

NO _____ SI _____

Especifique la razón:

¿Si usted está completando este formulario, pero usted no es el cliente que está recibiendo los servicios, cuál es su relación con el cliente?

Relación _____ Su Nombre _____

Su Número de Teléfono _____

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha