



Formulario de Apelación/Reclamación de Salud Conductual del Condado de Sierra

Nota: Presentar una apelación/reclamación no afectará de manera negativa los servicios que recibe de Sierra County Behavioral Health. El cliente será contactado por el Departamento de QI dentro de los plazos requeridos. Por favor, envíe este formulario por fax.

Estoy presentando un (marque uno): ☐ Apelación ☐ Queja ☐ Apelación Acelerada

Marque "Apelación" si se le ha negado o reducido un servicio y no está de acuerdo con esta decisión. Marque "Queja" para cualquier otra reclamación.

Tipo de servicio (marque uno): ☐ Salud mental ☐ Consumo de sustancias

Nombre del cliente que presenta la apelación/reclamación:

Soy (marque uno): ☐ Cliente ☐ Actuando en nombre del cliente ☐ otra _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono: _____

Por favor, resuma el/los problema(s) que tiene usando detalles específicos. Adjunte hojas adicionales si es necesario:

Por favor, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema:

Por favor, haga cualquier sugerencia para la resolución:

Si desea que la información sobre esta apelación/reclamación sea proporcionada a alguien, por favor indique su(s) nombre(s) aquí:

Firma del cliente:

Fecha: _____

Firma de la persona que actúa en nombre del cliente

_____ Fecha: _____

Solo para uso del condado:

Información adicional

Firma del personal del condado: _____ Fecha: _____

Fecha en que se envió la respuesta escrita al cliente: _____
:

Para enviar este formulario por correo o fax
Salud Conductual del Condado de Sierra
Designado de Gestión de Calidad
Apartado Postal 265
Loyalton, CA 96118
Teléfono 530-993-6717