



FORMULARIO PARA QUEJAS O APELACIONES

Favor de llenar este formulario si usted:

- 1) Desea expresar desacuerdo con cualquier aspecto de su tratamiento de servicios de salud mental. Esto se llama una **queja**.
- 2) O, si usted desea apelar sobre la decisión donde se le niegan, reducen, o limitan sus servicios preautorizadas. Esto se llama una **apelación**.

Usted puede utilizar los sobres con la dirección ya impresa que estan al lado de este formulario para enviar su queja o apelación. Tambien puede informar sobre su desacuerdo sin tener que llenar el formulario hablando con el Director de la Clínica, con el Representante de Servicios en su clínica o llamando a la oficina de "Mejora de Calidad y Acatamiento del Programa" al (866) 308-3074 o al (866) 308-3073 (para sordomudos) TDD.

Información sobre el Cliente:

Nombre de Cliente: _____

Dirección del cliente: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

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

Información sobre la Clínica:

Nombre de la clínica donde el cliente está recibiendo servicios: _____

Dirección de la clínica: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Persona que llena el formulario: ¿Es usted el cliente? ____ Sí ____ No
 ¿Si usted está llenando este formulario, pero usted no es el cliente que recibe servicios, cuál es su relación al cliente?

Su nombre _____

Su numero de teléfono _____

Si usted esta llenando este formulario para apelar, favor de contestar lo siguiente:

¿Usted ha recibido una "Notificacion de acción" (NOA)? ____ Sí ____ No
 Si recibio una (NOA) en que fecha la recibió aproximadamente? _____

Si usted está llenando este formulario para quejarse, favor de describir brevemente su preocupación o desacuerdo. (Si necesita mas espacio, favor de continuar en la parte posterior de esta página.)

_____, 20____
 Firma del Cliente (o representante autorizado) Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Date received in QIPC by: _____ Date received in Division QRT by: _____