



Ventura County Behavioral Health Department

Formulario de Quejas y Reclamos

Si no está satisfecho con los servicios especializados de salud mental / servicios de tratamiento de uso de sustancias que usted está recibiendo o tiene otra preocupación, usted puede llamar a la Unidad de Manejo y Control de Calidad al 1-888-567-2122 o puede completar este formulario y enviarlo por correo en el sobre proporcionado.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Clínica o Proveedor de servicios \_\_\_\_\_

¿Está utilizando un representante autorizado?  SI  No

Si usted respondió si a la pregunta anterior, proporcione el nombre del representante \_\_\_\_\_

Teléfono y dirección del representante autorizado \_\_\_\_\_

Por favor díganos cuál es la queja

¿Que le gustaría que fuera la solución?

Firma \_\_\_\_\_ Escriba su nombre con letra de molde \_\_\_\_\_

Después de que VCBH haya recibido este formulario, usted recibirá un comprobante de recibo por escrito. Usted o su representante autorizado podrán ser llamados al número de contacto que nos ha proporcionado en caso de que más información sea necesaria. Dentro de 90 días usted o su representante recibirán un Aviso de Resolución de Queja.

Como beneficiario de Medi-Cal, usted tiene el derecho:

- . De autorizar a otra persona para actuar en su nombre
- . De identificar a un miembro de nuestro personal para que le asista con la queja.
- . De no ser objeto de discriminación o de cualquier otra sanción por presentar una queja.
- . De identificar a un miembro de nuestro personal u otra persona para que proporcione información sobre el estado de su queja.
- . De presentar una queja verbalmente.