



QUEJA O FORMULARIO DE APELACIÓN

Utilice esta forma 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, demora, 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 esta forma para presentar su apelación o queja. Para expresar su disatisfacción sin que tenga que completar y presentar la forma, usted puede hablar con el representante de la clínica, el Jefe de Servicio o el director del programa. También puede llamar al departamento de 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 del Programa:

Nombre del programa donde el cliente esta recibiendo servicios _____
Dirección del Programa: _____ Ciudad, Estado, Código Postal del programa: _____

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

Si usted está completando esta forma para presentar una apelación, por favor conteste lo siguiente:

¿Usted ha recibido una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NABD)? ____ NO ____ SI Fecha: _____

Usted puede solicitar una apelación rápida, que deberá decidirse dentro de 72 horas, 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 esta forma, pero usted no es el cliente que esta recibiendo los servicios, cuál es su relación con el cliente?

Relación _____ Su Nombre _____

Su Número de Teléfono _____

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha