



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