



Formulario de Reclamación, Apelación o Apelación Acelerado

-Devuelva este formulario completo a la recepción, o puede solicitar un sobre con porte pagado para enviar el formulario por correo para presentar una queja, apelación o una apelación acelerada-

Fecha: _____

- Queja Apelación Apelación Acelerada

Información del cliente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tel/Correo electrónico: _____

La mejor forma de localizarme: _____

Mi problema o preocupación es acerca del siguiente programa o proveedor: _____

Descripción del problema o preocupación (adjunte hojas adicionales si es necesario): _____

Lo que me gustaría que suceda: _____

Autorizo a la siguiente persona a actuar en mi nombre:

Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no se basará en mi firma o rehusó de firmar esta autorización.

Firma del cliente
o representante

legal autorizado: _____ Fecha: _____

Firma, si no está firmado
por el cliente o el representante

autorizado: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Date received _____ Grievance Appeal Expedited Appeal Oral report received by _____
File Number _____ Acknowledgement letter mailed on _____
Assigned to _____ or Referred to _____

Condado de Marin: Quejas, Servicios de Salud Conductal y Recuperación (BHRS)

El Condado de Marín está comprometido a encontrar soluciones a los problemas que usted pueda enfrentar al recibir servicios de BHRS. Como cliente de BHRS, se le anima (pero no se requiere) a hablar de los problemas relacionados con sus servicios con su proveedor. Si sigue inconforme con los servicios que usted recibe, usted tiene el derecho de presentar una queja.

Usted no será discriminado o tratado injustamente por presentar una queja, una apelación o una apelación

acelerada. Los miembros continuaran recibiendo servicios durante el proceso de su queja.

Presentar una queja

Las quejas y las apelaciones pueden ser presentadas verbalmente o por escrito a la Unidad de Control de Calidad de BHRS. Además, se puede ofrecer información adicional en cualquier momento durante el proceso de quejas. Se puede utilizar el formulario en este folleto para presentar su queja.

La Unidad de Control de Calidad de BHRS le enviará una carta dándole a saber que su queja, apelación o apelación acelerada se

recibió. Para preguntas o ayuda para presentar una queja o apelación, llame a:

**Línea de acceso al: 1
(888) 818-1115 o al (415)
473-3068**

Puede encontrar información y formularios en:

<https://www.marinhhs.org/behavioral-health-recovery-services>

Revisaremos su queja y le proporcionaremos una respuesta por escrito a usted o a su representante autorizado dentro de **90 días de calendario** posteriores a la fecha en que se recibió.

Presentar una apelación

Los clientes con Medí-Cal tienen el derecho de

presentar una apelación si los servicios son negados, modificados, terminados, demorados injustificadamente, o si BHRS no actúa dentro de los plazos establecidos por el Estado para la resolución de quejas y apelaciones.

Las apelaciones pueden presentarse verbalmente o por escrito. Una apelación verbal debe ser seguida por una solicitud por escrito de parte de usted o de su representante autorizado.

Su apelación será examinada y se le enviará una respuesta por escrito a usted o a su representante autorizado en el plazo de **45 días de calendario** posteriores a la fecha en que se recibió.

Apelación acelerada:

Usted o su representante autorizado tiene el derecho de presentar una apelación acelerada. Si usted o su Representante Autorizado decide que una apelación estándar podría poner seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la funcionalidad máxima, se puede solicitar y se pudiera conceder una apelación acelerada.

Se examinará su apelación acelerada y se le proporcionará una respuesta por escrito a usted o a su representante autorizado a más tardar **3 días laborales** posteriores

a la fecha en que se recibió.

Los clientes con Medi-Cal tienen el derecho de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Si usted no está conforme con la respuesta de BHRS o una apelación o ha recibido una Notificación de Acción, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.

Debe presentar la solicitud en el plazo de **120 días** de calendario posteriores a la decisión de BHRS.

Si usted presenta una solicitud de una Audiencia Imparcial Estatal en el plazo de **10 días de calendario** después de recibir la Notificación de Acción (NOA), sus servicios

pueden continuar en el nivel actual mientras espera los resultados de la audiencia.

Para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, comuníquese con la División de Audiencias Imparciales Estatales en Sacramento en:

State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail
Station 19-37
Sacramento, CA 94244-
2530

Tel: **1-800-952-5253**



Salud y Servicios Humanos del
Condado de Marin:

Servicios de Recuperación y
Salud Conductual (BHRS)

PROCESO 
FORMULARIO 
Queja/APELACIÓN 

Los clientes de los Servicios de Salud y Recuperación del Condado de Marin tienen derechos, incluyendo el derecho de reportar problemas sobre los servicios que reciben.

Devuelva el formulario llenado a la recepcionista, o envíelo por correo a:

BHRS Quality Management Unit,
20 N. San Pedro Rd., Suite 2022,
San Rafael, CA 94903

Tel: (415) 473-3068 o
1-888-818-1115 (gratis)

*Discapacidad auditiva:
Marque 711 para hablar con
el Equip de Acceso para
obtener ayuda.*

CONDADO DE MARIN