



Formulario de Queja formal, Apelación o Apelación acelerada

Devuelva este formulario llenado a Recepción, o bien puede solicitar un sobre con porte pagado para enviar el formulario por correo para presentar una queja formal, una apelación o una apelación acelerada

Fecha: _____ Queja formal Apelación Apelación acelerada

Información del cliente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Tel/Correo electrónico: _____ La mejor manera de comunicarse conmigo: _____

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

Descripción del problema o preocupación (adjunte hojas adicionales de ser 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 basarán en el hecho de que yo firme o me niegue a firmar esta autorización.

Firma del cliente o el representante legal autorizado: _____ Fecha: _____

Office use only Date received _____

Condado de Marin: Queja formal sobre servicios de recuperación y de salud conductual (BHRS)

El Condado de Marin está comprometido a encontrar soluciones a los problemas que usted pueda enfrentar al recibir servicios de BHRS. Como cliente de BHRS, se le anima a hablar con su proveedor sobre los problemas que tuviera con sus servicios, pero no está obligado a hacerlo. Si sigue inconforme con los servicios que recibe, usted tiene el derecho de presentar una queja formal.

No se le discriminará ni se le tratará injustamente por presentar una queja formal, una apelación o una apelación acelerada. Los miembros continuarán recibiendo servicios durante el proceso de queja formal.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Las quejas formales y apelaciones pueden presentarse 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 queja formal. Se puede utilizar el formulario en este folleto para presentar su queja formal.

La Unidad de Control de Calidad de BHRS le enviará una carta de acuse de recibo de su queja formal, apelación o apelación acelerada.

En caso de tener preguntas o necesitar ayuda para presentar una queja formal o una apelación, llame a la:

Línea de acceso al: 1 (888) 818-1115

Se puede encontrar información y formularios en: <https://www.marinhhs.org/behavioral-health-recovery-services>

Analizaremos su queja formal y le enviaremos una respuesta por escrito a usted o a su representante autorizado en el plazo de **90 días de calendario** posteriores a la fecha de recepción.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Los clientes con Medi-Cal tienen el derecho de presentar una apelación en el plazo de 60 días después de recibir una determinación adversa sobre beneficios si los servicios son denegados, modificados, cancelados, o demorados injustificadamente, o si BHRS no actúa dentro de los plazos establecidos por el Estado para la resolución de quejas formales y apelaciones.

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

Su apelación será analizada y se le enviará una Notificación de resolución de apelación a usted o a su representante autorizado en el plazo de **30 días de calendario** posteriores a la fecha de recepción.

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 suponer un riesgo grave para su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad, se puede solicitar y se pudiera conceder una apelación acelerada.

Su apelación acelerada será analizada y se le enviará una respuesta por escrito a usted o a su representante autorizado en el plazo máximo de **72 horas** posteriores a la fecha de recepción.

Los beneficiarios de Medi-Cal tienen el derecho de solicitar una audiencia estatal solo después de apelar una determinación adversa de beneficios y de recibir aviso de que el MMHP está confirmando la determinación adversa de beneficios. Usted 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 resolución de apelación, sus servicios pueden continuar en el nivel actual mientras espera el resultado 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 salud conductual y recuperación (BHRS)

PROCESO DE QUEJA FORMAL/ APELACIÓN y FORMULARIO

Los clientes del Departamento de Servicios de Salud Conductual 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.
San Rafael, CA 94903

Tel: 1-888-818-1115 (sin costo)

*Personas con problemas auditivos:
Marcar 711 para hablar con el Equipo de Acceso para recibir ayuda.*

Actualizado 3/2018

CONDADO DE MARIN

LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (TTY:).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call (TTY:).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (TTY:).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (TTY:).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (TTY:).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

(TTY:) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電

(TTY:)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (TTY: _____).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните _____ (TTY: _____).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با _____ (TTY: _____) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
(TTY: _____) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau _____ (TTY: _____).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
(TTY: _____) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم

(رقم هاتف الصم والبكم: _____) (TTY: _____)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
(TTY: _____) पर कॉल करें

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร
(TTY: _____).

