

# 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 Conductual. 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 Servicios de Gestión de Calidad al (866) 308-3074 o (866) 308-3073 TDD.

## 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 está 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 (NOABD)? 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