



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 al Equipo de Reclamos al 1-888-567-2122 o puede completar este formulario y enviarlo por correo en el sobre proporcionado.

Fecha: _____ Hora: _____ Nombre del miembro del plan: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Idioma de preferencia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Clínica o Proveedor de servicios: _____

¿Está utilizando un Si No Nombre de representante: _____
representante autorizado?

Teléfono y dirección del representante autorizado: _____

Por favor díganos cuál es la queja:

¿Que le gustaría que fuera la solución?

Firma _____

Escriba Su
Nombre _____

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 30 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