



VENTURA COUNTY BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT
(VCBH, Departamento de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Ventura)

Formulario de reclamación

Si en cualquier momento usted no está satisfecho con los servicios especializados de salud mental o tratamiento del uso de sustancias que está recibiendo, o si tiene alguna otra inquietud, puede llamar al Departamento de Gestión de Calidad al 1-888-567-2122 o puede completar este formulario y enviarlo por correo en el sobre con la dirección incluida.

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

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Idioma preferido: _____

Su dirección: _____

Número de teléfono de contacto: _____ Clínica o proveedor: _____

¿Está usando un representante autorizado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, escriba su nombre: _____

Teléfono y dirección del representante autorizado: _____

Cuéntenos sobre su reclamo:

¿Cuál le gustaría que fuera la solución?

Firma

Nombre con letra de molde

Después de que el VCBH haya recibido este formulario, se le enviará un acuse de recibo por escrito en un plazo de 5 días naturales. Se le podrá llamar a usted o a su representante autorizado al número de teléfono de contacto que proporcionó. Usted o su representante recibirá un aviso de decisión por escrito en un plazo de 30 días.

Como beneficiario de Medi-Cal, usted tiene el derecho a:

- Autorizar a otra persona para que actúe en su nombre.
- Identificar a un miembro del personal u otra persona para que lo ayude con el reclamo.
- No ser objeto de discriminación ni sanción por presentar un reclamo.
- Identificar a un miembro del personal u otra persona para que le proporcione información sobre el estado de su reclamo.
- Presentar un reclamo de manera verbal.