

Derechos de los Pacientes

Departamento de Salud
Conductiva del
Condado de Butte



Solicitudes de Quejas, Apelaciones y Apelación Expeditos

(530) 343 – 1731
or
800-497-1445

Quality Management Division
Butte Co. Behavioral Health
1196 E. Lassen #130
Chico, CA 95973

Postage
Required

Butte Co. Behavioral Health
Quality Management Division,
1196 E. Lassen, Suite 130
Chico, CA 95973

SOLICITUDES DE QUEJAS, APELACIONES Y APELACIÓN EXPEDITOS

Nosotros haremos todo el esfuerzo para satisfacer los tratamientos necesarios de nuestros miembros. Sin embargo, habrá veces cuando los miembros no van a estar satisfechos con los servicios recibidos. Animamos a nuestros miembros a que discutan los problemas en relación a los servicios de Salud Conductiva directamente con su proveedor. Si los esfuerzos para resolver el problema directamente no tienen resultado, los miembros que no están satisfechos pueden presentar una queja. Ud. Puede pedir ayuda de un amigo(a), un familiar, y/o al Protecciones del beneficiario para que le ayuden con su queja y su derecho a ser escuchado.

Un/a beneficiario/a puede solicitar una Audiencia Estatal de Justicia solamente después de que haya presentado una apelación y haya recibido una decisión final del Departamento de Salud Conductual del Condado de Butte acerca de la apelación. Audiencias Estatales de Justicia ya no pueden realizarse en relación al proceso de la queja.

Si usted cree que esperar 30 días para una decisión de apelación puede poner en peligro su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted puede solicitar una apelación acelerada.

Para presentar una queja, una apelación o asistencia con una

Audiencia Estatal de Justicia llame a,

Derechos de los Pacientes

(530) 343-1731 or 800-497-1445

Los miembros no serán sujetos a ningún castigo, discriminación, ni retaliación por haber presentado una queja o apelación. Se hará todo el esfuerzo para resolver el asunto en un nivel informal.

**BUTTE COUNTY DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH CLIENTS'
RIGHTS RESOLUTION REQUEST FORM**

Por favor
marque uno:

Quejas

Apelaciones

Apelación
Expeditos

Fecha: _____

Tienes Medi-Cal?

Sí No No lo sé

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Número de Teléfono: _____

Correos Electrónicos: _____

Nombre de la persona que presenta un Quejas, apelación o apelación
acelerada, si no es usted:

Relación: _____

Número de Teléfono: _____

Correos Electrónicos: _____

Problema:
Adjunte
hojas
adicionales
si es
necesario

Firma

Fecha

Enviar por correo: El Departamento de Salud Conductual del Condado de Butte, Protecciones del Beneficiario 1196 E. Lassen, Suite 130 Chico, CA 95973. Para cualquier pregunta o para hablar con alguien sobre su problema, por favor llame Protecciones del Beneficiario at (530) 343-1731 o 800-497-1445.

For BCDBH Internal Use Only

Date Received:

Date Forwarded:

Program:

Has grievance been resolved: Yes No

Resolution Date:

If no, list attempts made by beneficiary's treatment team to resolve the client's grievance (include dates):

If yes, state the resolution/corrective Action Taken by PM/ Supervisor:

Additional Comments:

Signature

Date