

**STANISLAUS COUNTY BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES**  
**QUEJA/APELACION/APELACION ACELERADA**



Para acceder a nuestro formulario electrónico, por favor escanea aquí:

Se adjunta información con respecto al Proceso de Resolución de Problemas y al Aviso de Disponibilidad de Servicios de Asistencia Lingüística y de Ayudas y Servicios Auxiliares  
*Por favor envíe esta página solamente (frente y reverso)*

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Persona por la que se entrega esta forma (si es otra persona la que la entrega): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (o teléfono para mensajes): \_\_\_\_\_

Si es una queja ¿en dónde pasó? \_\_\_\_\_

Si es una apelación de Medi-Cal, ¿Cuál es la acción que desea que revisemos?  
\_\_\_\_\_(Anexe la copia del aviso de una acción si la tiene.)

Queja    Apelación    Apelacion Acelerada: (Seleccione la opción que corresponde)

Resuma en concreto cada una de sus preocupaciones. Incluya fechas, nombres de testigos y detalles sobre lo que pasó. Si necesita ayuda para llenar esta forma contacte por favor a la Oficina de los Derechos de los Pacientes (Patients' Rights Office) al (209) 525-7423.

¿Cuál es el problema?
¿Qué es lo que quiere que pase?

¿Con quiet habló?

Escriba su nombre y firme por favor Fecha de

Firma:

**INFORMATION BELOW TO BE COMPLETED BY STAFF:**

Grievance/Appeal /Expedited Appeal: # \_\_\_\_\_

(circle one)

Incident Location (e.g., unit, program) or Action to Review: \_\_\_\_\_

Health plan    Medi-Cal    Private Insurance    None    Other \_\_\_\_\_  
verified:

MEDICAL RECORD NO. (if applicable): \_\_\_\_\_

## **SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y RECUPERACIÓN DEL CONDADO DE STANISLAUS**

### **PROCESOS DE RESOLUCION DE PROBLEMAS PARA BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL**

El departamento de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de Stanislaus (Stanislaus County BHRS) (“Plan”) está comprometido a proporcionar a los beneficiarios de (“miembros”) los servicios necesarios y el apoyo para obtener y mantener los servicios más efectivos. Si usted tiene una queja o apelación acerca de los servicios de salud del comportamiento, usted puede usar el proceso de Quejas y Apelaciones descritos abajo. Usted puede solicitar una Audiencia Legal del Estado dentro de 120 días después de haber completado su proceso de apelación. Una audiencia legal puede requerirse ya sea que use usted o no use el proceso de apelación y ya que usted haya recibido o no un aviso de acción. Su queja o apelación sera conducida tan rápido y simple como sea posible. Será mantenido en confidencialidad de acuerdo con las Leyes Estatales y las políticas y procedimientos del departamento. Usted no será sujeto a discriminación o cualquier otra sanción por presentar una queja, apelación o apelación acelerada. Usted puede proporcionar autorización por escrito para que otra persona, incluido un representante legal, actúe en su nombre en el proceso de una queja, apelación o audiencia estatal. Usted podrá presentar evidencia de apoyo, en persona o por escrito, si así lo desea.

#### **QUEJA**

- Trate de resolver el asunto simple y rápido a un nivel informal al hablar con aquellos que están directamente involucrados y que le pueden ayudar mejor; por ejemplo, el clínico u otro miembro del personal. Si no desea hacer esto o no tiene éxito, pida hablar con el supervisor de esa persona.
- Si el problema no es resuelto al nivel de personal o del supervisor, hable con la recepcionista o el coordinador del programa.
- Si el asunto no puede ser resuelto informalmente, puede usted presentar su queja por escrito en la forma apropiada, o en forma oral llamando al teléfono de los Derechos de los Pacientes (Patients’ Rights) al (209) 525-7423.
- Las formas y los sobre con la dirección impresa están siempre disponibles en todas las oficinas del proveedor. Usted puede pedir una forma para que le sea enviada por correo o si requiere de asistencia para llenarla, llamando a los Derechos de los Pacientes (Patients’ Rights) al (209) 5257423 o al Administrador del Plan al (209) 525-6225.
- Usted recibirá un avisó por escrito cuando su queja sea recibida.
- Sus preocupaciones serán investigadas y resueltas dentro de un período de 30 días.
- Usted o su representante serán involucrados el proceso de resolución.
- Usted recibirá una carta con el resumen del proceso de investigación, los hechos, el plan de acción y la decisión sobre la queja.

#### **APELACIÓN**

- Si el Plan (1) niega o limita la autorización de un servicio pedido, incluyendo el tipo o nivel del servicio; (2) reduce, suspende o termina un servicio autorizado; (3) niega el pago por un servicio, parcial o totalmente; (4) falla al proporcionar un servicio en un tiempo adecuado, o (5) falla al actuar dentro de un tiempo adecuado para disponer de las quejas y resolución de apelaciones, el Plan ha decidido una acción. Usted tiene el derecho de presentar una apelación, que es el requerimiento de revisión de una acción.
- Usted deberá presentar una apelación dentro de 60 días de la fecha en que el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios que usted quiere que se revise fue efectuada.

- Usted puede presentar su apelación por escrito en la forma apropiada, o en forma oral llamando a los Derechos de los Pacientes (Patients' Rights) al (209) 525-7423. Si usted efectúa una apelación oral, deberá presentar una petición de apelación por escrito y firmada en la forma apropiada para apelaciones. Las formas están disponibles en la recepción de todos los proveedores de servicios del Plan o puede ser enviada por correo si usted así lo pide. Si usted ha recibido el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios por favor incluya una copia de la forma original y agregue cualquier documento por escrito que soporte su punto de vista.
- Usted recibirá un aviso por escrito cuando su apelación sea recibida.
- Su apelación será revisada dentro de los siguientes 30 días.
- Usted recibirá una carta resumiendo el proceso de revisión, los hechos, la decisión sobre la apelación y la fecha en que la decisión fue tomada.
- Si la decisión de la apelación no es en su favor totalmente, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Legal del Estado. Usted puede pedir una Audiencia Legal al llamar al 1-800-952-5253.

### **APELACIÓN ACELERADA**

- Se utilizará cuando el Plan, su proveedor o usted determine tomarse el tiempo para una resolución de apelación normal podría seriamente poner su vida en peligro, la salud o la capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.
- Usted puede presentar la solicitud de una apelación acelerada oralmente sin tener que presentar una solicitud por escrito.
- Usted no será sujeto de discriminación o cualquier otro tipo de penalización por presentar una apelación acelerada.
- Resolver una apelación acelerada y notificar a las personas afectadas por escrito, no más tarde de 72 horas después de que el Plan reciba la apelación.
- Usted recibirá una notificación por escrito de la disposición y se harán todos los esfuerzos para darle una notificación oral.
- Si el Plan rechaza una solicitud para resolución de apelación acelerada, el Plan hará lo siguiente: transferir la solicitud de apelación acelerada al plazo para la resolución de la apelación y hacer esfuerzos razonables para darle pronto aviso oral de la denegación de la solicitud de apelación acelerada y proporcionar notificación escrita dentro de dos días de la fecha de la negación.

### **Audiencia Estatal**

- Puede solicitar una audiencia cuando usted presentó una apelación y recibió una carta de resolución de la apelación diciéndole que su MHP niega su solicitud de apelación o un agotamiento de su proceso de apelación acelerado
- Su queja, apelación o apelación urgente no se resolvieron a tiempo.
- Si no recibió una notificación de determinación adversa de beneficios puede solicitar una audiencia estatal en cualquier momento
- Solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal. Los 120 días comienzan ya sea el día después en que el MHP le dé personalmente su notificación de decisión de apelación, o el día después de la fecha del sello postal de la notificación de decisión de apelación del MHP.
- Después de que solicite una audiencia recibirá una respuesta dentro 90 días sobre su caso.

**NOTICE OF AVAILABILITY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES AND AUXILIARY AIDS AND SERVICES**

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-376-6246 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-376-6246 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**English**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-376-6246 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-376-6246 (TTY: 711). These services are free of charge.

**العربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-376-6246 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-376-6246 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-376-6246 (TTY: 711). Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված կյութեր: Չանգահարեք 1-888-376-6246 (TTY: 711) Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-376-6246 (TTY: 711) ។  
ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រែល ឬអក្សរធំ ក៏អាចទទួលបាន។  
សេវាកម្មទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃឡើយ។

**繁體中文 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-376-6246 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-376-6246 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر میخواهی د به زبان خود کمک دریافت کنی، با 1-888-376-6246 (TTY: 711) تماس بگیرد. کمکه و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز وجود است. با 1-888-376-6246 (TTY: 711) تماس بگیرد. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

## हिन्दी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-376-6246 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए लए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े फ़ॉन्ट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-376-6246 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

## Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-376-6246 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntauv su thiab luam tawm ua tus ntauv loj. Hu rau 1-888-376-6246 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-376-6246 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-888-376-6246 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-376-6246 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-376-6246 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ເຂົ້າຫາເບີ 1-888-376-6246 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ເຂົ້າຫາເບີ 1-888-376-6246 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-376-6246 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-376-6246 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-376-6246 (TTY: 711) | ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-376-6246 (TTY: 711) | ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский (Russian)

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-376-6246 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-376-6246 (линия ТТУ:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-376-6246 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-376-6246 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-376-6246 (TTY: 711). นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-376-6246 (TTY: 711). ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-376-6246 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-376-6246 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-376-6246 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-376-6246 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.  
1-888-376-6246 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.