

FORMULARIO DE QUEJA O APELACIÓN DEL CLIENTE

Si tiene un problema con sus servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias

HOSPITALARIOS/RESIDENCIALES, llame a Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Program al número de teléfono que aparece abajo o envíe este formulario por correo (en el programa habrá disponibilidad de sobres con dirección propia en el programa del que esté recibiendo servicios).

Para envío por correo:

**Jewish Family Service of San Diego
Joan & Irwin Jacobs Campus
Turk Family Center Community Services Building
8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123**

Para presentar una queja o apelación por teléfono, llame al: **619-282-1134 or 1-800-479-2233**

Les recomendamos encarecidamente a los clientes que llamen para un servicio más rápido

¿QUÉ ES UNA QUEJA O UNA APELACIÓN?

Una "queja" es una expresión de insatisfacción acerca de cualquier cosa con respecto a sus servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias.

Se puede presentar una "**apelación**" cuando se deniega, reduce o suspende la autorización para servicios.

Se puede presentar una "**apelación acelerada**" cuando usted o su proveedor certifica que el plazo de apelación estándar podría poner gravemente en riesgo su vida, salud o capacidad para funcionar.

Necesitamos poder comunicarnos con usted para ayudarle.

Por favor, proporcione información que nos facilite comunicarnos con usted incluso después de que se haya ido del centro.

Nombre		Dirección postal	
No. de teléfono		Correo electrónico	
Mejor método de contacto	☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico		

Enumere a continuación el nombre del programa/centro por el que está presentando la queja o apelación

Infórmenos abajo acerca de su problema (utilice el reverso del formulario si necesita más espacio)

PROGRAM NOTICE: This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

FOR OFFICE USE ONLY: Date Received _____

Los Servicios de Salud Conductual del Condado de San Diego (el Plan) se rigen por las leyes de derechos civiles estatales y federales y no discriminan de manera ilegal, excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

¿Considera que ha sido discriminado, excluido o tratado de manera diferente basado en cualquiera de las clases protegidas anteriores al acceder a servicios de salud mental o para trastornos por consumo de sustancias?

☐ Sí ☐ No

(Si la respuesta es Sí, por favor explique a continuación)

Firma del cliente		Fecha	
-------------------	--	-------	--

Si el representante autorizado (AR, por sus siglas en inglés) completó este formulario para el cliente, por favor, complete a continuación:

Nombre del representante autorizado		Fecha	
Firma del representante autorizado		Relación con el cliente	

Para obtener más información sobre el Proceso de Quejas y apelaciones, solicite una copia del **Manual Integrado para Miembros de Salud Conductual (DMC-ODS & SMHS)** en el programa/centro del que está recibiendo servicios.

Esta información también está disponible electrónicamente en el siguiente enlace:

https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html