



FORMULARIO  
PARA PRESENTAR AGRAVIOS  
(GRIEVANCE-SPANISH)

FRESNO COUNTY  
MENTAL HEALTH PLAN  
1-800-654-3937

Hacemos lo posible por apoyar a los consumidores tanto como a los proveedores de atención, pero comprendemos que a veces suceden las cosas de manera contraria a lo deseado. Si sucede que usted no se siente conforme con su atención de salud mental, puede presentar un agravio en cualquier momento. Si su inconformidad se debe a una denegación, modificación, reducción o al abandono de su atención, o si el problema es que usted no recibe atención de manera oportuna, tiene, más bien, que solicitar una apelación.

Un agravio se puede presentar en persona, por vía telefónica o por escrito. Lo/a animamos a dialogar con su proveedor de atención como primer paso, ya que ésta suele ser la forma más sencilla de poner fin a sus inquietudes. Si el diálogo no es posible, usted puede llamar al Mental Health Plan (Plan de Salud Mental) a **1-800-654-3937** o llene el formulario para presentar agravios y envíelo a:

**Fresno County Mental Health Plan  
P.O. Box 45003  
Fresno, California 93718-9886**

Dentro de varios días, usted recibirá una carta que acusa recibo de su agravio. Se realizará una averiguación al respecto, y a usted se le enviará un aviso por escrito dentro de un plazo de 90 días.

Si presenta un agravio por escrito al Fresno County Mental Health Plan (Plan de Salud Mental del Condado de Fresno), debe enviar el formulario para presentar agravios a:

**Fresno County Mental Health Plan  
P.O. Box 45003  
Fresno, California 93718-9886**

*Se obtienen las solicitudes y sobres con timbre y dirección impresa en todos los lugares que prestan atención de salud mental.*

Los consumidores que presentan agravios no sufrirán discriminación ni represalias.

Puede pedir que alguien lo/a represente en este agravio.

Si usted tiene alguna duda o si desea información acerca de su agravio, favor de llamar a: **1-800-654-3937**. Para las personas con discapacidad auditiva, marcar el 711 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California.

Agradecemos que nos informe.

**OMBUDSMAN SERVICE  
(Oficina de Averiguación y Resolución)  
donde se investigan y deciden reclamaciones  
1-800-896-4042**

**PATIENTS' RIGHTS ADVOCATE  
(Oficina Defensora de los Derechos del Paciente)  
donde se le asiste con su reclamación  
492-1652**

**FRESNO COUNTY  
MENTAL HEALTH PLAN  
1-800-654-3937**



## FORMULARIO PARA PRESENTAR AGRAVIOS

Fecha: \_\_\_\_\_ Proveedor de atención: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (de la casa) \_\_\_\_\_ (de trabajo)

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

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

Agravio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo cree usted que debemos solucionar esta situación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si usted le ayudó a alguien a llenar este formulario, favor de escribir su nombre y apellido con letra de molde.

---

¿Qué parentesco tiene usted con este consumidor?

---