



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.



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
(559) 492-1652

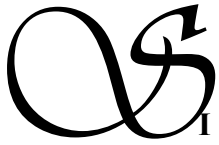
**FRESNO COUNTY
MENTAL HEALTH PLAN**
1-800-654-3937

Grievance
Spanish 07/2017

f
**FORMULARIO
PARA PRESENTAR
AGRAVIOS**
(GRIEVANCE-SPANISH)



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



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 a cerca 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.

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? _____