



Condado de Inyo
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Salud conductual

Formulario de quejas de los miembros

Este formulario debe utilizarse para presentar una queja ante Salud Conductual del Condado de Inyo (ICBH) si no está satisfecho con los servicios que ha recibido de ICBH. No recibirá un trato diferente ni perderá sus servicios por presentar una queja.

LO QUE NECESITAS SABER

¿Qué es una queja?

La queja es una expresión de insatisfacción; es estar no involucrado en una Determinación Adversa de Beneficios (NOABD).

¿Insatisfacción con la determinación adversa de beneficios (NOAB)?

Si su inquietud se relaciona con una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD, por sus siglas en inglés), tiene derecho a presentar una apelación en lugar de una queja formal. El personal puede ayudarle a determinar qué procedimiento se aplica.

¿Quién puede presentar una queja y cómo hacerlo?

Un miembro, un representante autorizado o un proveedor puede presentar una queja en nombre del miembro, ya sea de forma verbal o por escrito.

Para presentar una queja:

Puede presentar su queja verbalmente llamando al 760-873-6533 e indicando al personal que desea presentarla por este medio. También puede completar este formulario y enviarlo por correo postal o entregarlo en la Oficina de Salud y Servicios Humanos, enviarlo por correo electrónico a inyobh@inyocounty.us o por fax al 760-873-3277.

- Oficina de Bishop
1360 N. Main Street, Bishop, CA 93514
- Oficina de Lone Pine
310 N. Jackson, Lone Pine, CA 93545

Los servicios gratuitos de interpretación, los materiales traducidos y las ayudas auxiliares están disponibles a solicitud. Si necesita este formulario en otro idioma o formato, comuníquese con Salud Conductual del Condado de Inyo.

¿Qué sucede después de presentar la solicitud?

- Le enviaremos por correo una confirmación por escrito dentro de los 5 días calendario.
- Le enviaremos por correo una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario.

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación de Medi-Cal: (si se conoce)	Correo electrónico:

Dirección de envío:	Teléfono:
Método de comunicación preferido del miembro: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Otro	
Persona que presenta la queja ☐ Yo mismo ☐ Proveedor ☐ Representante autorizado: _____	
Preferencia de idioma del miembro: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____	
¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	

AGRAVIO

Fecha en que ocurrió el problema:	Quiénes estuvieron involucrados (si se conocen):
¿Qué resultado le gustaría?	
Describa su queja:	

PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____