

SOLICITUD DE QUEJA o APELACIÓN

Este formulario se usa para entablar una Queja o para solicitar una Apelación. Si necesita asistencia para llenar el formulario, puede solicitar ayuda de su proveedor o bien llamar a Asistencia al consumidor llamando al (800) 779-0787. **Necesita presentarse una *Autorización de liberación de información confidencial* firmada junto con este formulario.** La solicitud para Quejas o Apelación la pueden enviar a su proveedor (MD, gerente de caso, profesional clínico, el supervisor del programa, etc.) o bien enviar directamente por correo a Asistencia al consumidor a: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Llenar ambos lados de este formulario.**

Yo deseo entablar: (elegir una opción) Queja Apelación

Marcar aquí si está solicitando que su Apelación se procese a través del Proceso acelerado de apelación (*consultar los requisitos para una Apelación acelerada*)

Su dirección y número de teléfono son importantes. Necesitamos esta información para ponernos en contacto sobre el resultado de su Queja o Apelación. **ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE:**

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Su teléfono durante el día: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el número de arriba? Sí No

Proveedor actual: _____

Si se aplica a su caso, persona que lo representa: _____

Su dirección: _____

Su número de teléfono de día: _____



Responda por favor las siguientes preguntas. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

¿Cuál es el problema?

¿Qué ha hecho usted para tratar de resolver el problema?

¿Cuál le gustaría que fuera la solución?

Firma del consumidor (o representante del consumidor)

Fecha

Usted no estará sujeto a ningún tipo de discriminación o sanción por entablar una queja o apelación. Su confidencialidad estará protegida en todo momento en cumplimiento con las leyes estatales y federales. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa después de la culminación del Proceso de apelación.