

¿QUÉ ES UN AGRAVIO?

Información Confidencial del Cliente: Ver el código 5328 de Instituciones y Bienestar

Departamento de Salud y Bienestar de Sutter y Yuba
Preguntas frecuentes sobre Agravios

¿Qué es un Agravio?

Un agravio es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD) Esto significa que si no está satisfecho con cualquier cosa relacionada con los servicios que recibe de Salud y Bienestar puede presentar un agravio.

- Las quejas se pueden presentar oralmente o por escrito.
- Las personas no estarán sujetas a discriminación ni a ningún otro castigo por presentar un reclamo y pueden autorizar a otras personas a actuar en su nombre.
- Todos los agravios serán tratados en una manera confidencial.

¿Adónde consigo un formulario para los Agravios?

Formularios para los Agravios están disponibles en todos los sitios de Salud y Bienestar de los Condados de Sutter y Yuba. También le puede preguntar a cualquier personal de Salud y Bienestar por un formulario.

¿Cómo presento un Agravio?

Esperamos que usted se comunique con su Proveedor de Servicios de Salud y Bienestar sobre cualquier preocupación o problema que tenga. Usted puede presentar un Agravio al hablar con su Proveedor de Servicios o con cualquier personal de Salud y Bienestar con quien usted tenga confianza. Usted no tiene que llenar esta aplicación para presentar un agravio.

Si necesita asistencia para presentar un Agravio, favor de comunicarse con uno de los siguientes miembros del Personal de Salud y Bienestar para más información:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1. Personal de Analices en Calidad y Progreso: | (530) 822-7200 |
| 2. Llamada Gratuita: | 1-888-923-3800 |
| 3. TTY-CRS: | 1-800-855-3000 |
| 4. Promotor de los Derechos de los Pacientes
PO Box 1694, Yuba City, CA 95992 | Tel: (530) 822-7200 prensa 8 |

¿Qué puedo esperar después de presentar un Agravio?

El Personal de Salud y Bienestar de los condados de Sutter y Yuba investigará su Agravio con la esperanza de resolver su desacuerdo. SYBH debe responderle por escrito. Usted recibirá dos cartas. La primera será una notificación que hemos recibido su Agravio. La segunda carta se le enviará con los resultados de la investigación con 30 días calendario a partir de la fecha en que se presentó el agravio.

FORMULARIO DE AGRAVIO

Nota: La presentación de una queja formal no afectará negativamente sus servicios con el Plan de Salud Mental de los Condados de Sutter-Yuba. El miembro o representante será contactado por el Personal de Gestión de Calidad del Plan de Salud Mental de los Condados de Sutter-Yuba y recibirá una respuesta por escrito dentro de (30) treinta días calendario. Por favor complete este formulario.

Fecha: _____ Sitio de Servicios: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, nombre del guardián legal firmando por el menor: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Zona postal): _____

Teléfono (Favor de indicar la mejor hora para llamarle): _____

Por favor imprima o escriba legiblemente: _____

- 1. Describa la razón por la cual pide un agravio. Favor de ser lo más específico posible incluyendo nombres, fechas, y horas cuando sea posible.** _____

Fecha del incidente: _____

- 2. ¿Ha tratado usted de resolver el problema antes de llenar el formulario de agravio?:** _____

Si Favor de describir lo que usted ha hecho para tratar de resolver el problema, incluyendo los resultados.

No No he tratado de resolver la queja anteriormente.

- 3. ¿Qué le gustaría que fuera el resultado de este agravio?** _____

Fecha: _____	Firma de persona llenando la queja: _____
--------------	-------------------------------------------

Si necesita ayuda para llenar este formulario, puede pedirle a cualquier personal de Salud y Bienestar que le ayude o puede comunicarse con:

- Personal de Analices en Calidad y Progreso
(530) 822-7200
- Llamada Gratuita
1-888-923-3800
- TTY-CRS
1-800-735-2929
- Promotor de los Derechos de los Pacientes
PO Box 1694
Yuba City, CA
95992 PH: (530)
822-7200 prensa 8

Individuos no serán sujetos a discriminación o cualquier otro tipo de consecuencias al llenar un formulario de Agravio, Apelación o Audiencia Justa del Estado y puede autorizar a otra personal que actué por ellos.

Stamp
Required

Sutter-Yuba Behavioral Health
ATTN: Quality Assurance Staff Analyst
1965 Live Oak Blvd, Suite A
P.O. Box 1520
Yuba City, CA 95992



Salud conductual de Sutter-Yuba

Formulario de queja Estándar / Rápido

Este folleto es disponible en letra grande, en formato compacto (CD) o el personal también puede leer la información si usted lo desea.

Si usted necesita un formato alternativo, usted puede pedir su requisito a cualquier proveedor o llamar a los: Condados de Sutter y Yuba Plan de Salud Mental 1965 Live Oak Blvd. Yuba City, Ca 95991 Voz: (520) 822-7200 Gratis: 1-888-923-3800 TTY-CRS: 1-800-855-3000