

El Condado de Placer Apelar/Agravio

La presentación de una Queja / Apelación no afectará negativamente a los servicios que recibe en el Condado de Placer / Sierra. El cliente será contactado por el Departamento de Mejoramiento de la Calidad en los plazos requeridos. Envíe por correo o por fax este formulario a la dirección que aparece en la parte inferior de esta forma.

Estoy archivando a (cheque uno): Apelar Agravio Expedite
(Cheque “apelar” si usted ha hecho un servicio negar o ser reducido, y usted discrepa con esta decisión. Compruebe el “agravio” para saber si hay cualquier otra queja.)

Clase de Servicio: Salud Mental Consumo de sustancias

Nombre del apelar/del agravio de la limadura del cliente:

Soy (cheque uno):

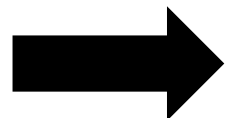
Un cliente El actuar en el favor del cliente Otro _____

Dirección que envía: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Resuma por favor los problemas que usted ha tenido usando los detalles específicos. Usa las hojas adicionales cuanto sea necesario:

Describa por favor lo que usted ha hecho para intentar y para resolver el problema: _____



Haga por favor cualquier sugerencia para la resolución:

Si usted quisiera la información sobre esta apelar/agravio que se darán a cualquier persona, enumere por favor sus nombres aquí:

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que actúa en al favor del cliente:
_____ Fecha: _____

Abajo es el Uso del Condado de Placer solamente

Resolution: _____

Signature of County Staff: _____ Date: _____

Date written response sent to client: _____

El correo o envía por telefax esta forma a:

**Placer County Systems of Care
Quality Management Designee
101 Cirby Hills Drive
Roseville, CA 95678
Phone: 916-787-8979 or 530-886-5419
Fax: 916-872-6521**