Formulario de Quejas y Apelaciones del Miembro e Información sobre el Proceso

Fecha de hoy: _____ ☐ Reclamo ☐ Apelación ☐ Apelación Expeditiva

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del proveedor de servicios: _____

Persona que presenta la solicitud: _____ Teléfono: _____

Nombre del turo/apoderado legal: _____

¿Tiene Medi-Cal? ☐ S ☐ N **Opcional:** Autorizo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre en relación con este reclamo o apelación*

Nombre: _____ Relación con el miembro: _____

** Debe entregarse una Autorización para la divulgación de información de salud protegida (Formulario de Autorización de ROI a través de SmartCare).*

IMPRIMA LEGIBLE. BRINDE NOMBRES, FECHAS Y HORAS ESPECÍFICAS EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE. (puede adjuntar más hojas en caso de que sea necesario)

1. Describa el problema:

2. Explique cómo ha tratado de resolver el problema:

3. ¿Cuál sería una solución adecuada para este problema?

Envíe el formulario por correo o entréguelo en recepción:
BHD Grievance Coordinator, 2227 Capricorn Way, Santa Rosa, CA 95407-5419
Teléfono: (707) 565-7895 or 1-800-870-8786 or **TTY: 711**
Correo electrónico: DHS-MH-7895-Grievanc@sonomacounty.gov

STAFF USE ONLY: SOLO PARA USO DEL PERSONAL:

☐ Exempt: Grievance resolved by end of next business day from date of grievance (see date at top).
Exento: la queja formal se resuelve al final del siguiente día hábil a partir de la fecha de la queja formal (consulte la fecha en la parte superior).

☐ Non-Exempt: Grievance not resolved by end of next business day (see date at top).
No exento: la queja no se resuelve al final del siguiente día hábil (consulte la fecha en la parte superior).

NOTE: Forward all Exempt and Non-Exempt Grievances immediately to Grievance Coordinator.
NOTA: Envíe todas las quejas exentas y no exentas inmediatamente al coordinador de quejas.

DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE SONOMA

La División de Salud Conductual del condado de Sonoma (Behavioral Health Division, BHD) está comprometida a encontrar soluciones a los problemas que pueda encontrar al recibir servicios de salud conductual. La BHD no discriminará ni tratará injustamente a ninguna persona que presente una queja, apelación o apelación acelerada.

Las quejas y apelaciones pueden presentarse verbalmente o por escrito al coordinador de quejas. Las personas que opten por presentar una queja tendrán la oportunidad de presentar información en cualquier momento durante el proceso de resolución.

Cualquier persona puede presentar una queja, pero las apelaciones y las apelaciones aceleradas solo están disponibles para los miembros de Medi-Cal de la BHD.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una queja o apelación, llame al:

Coordinador de quejas de la BHD:
Teléfono: 707-565-7895 o 1-800-870-8786
TTY: 711

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Una Queja es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea una Determinación Adversa de Beneficios. Los miembros pueden presentar una queja en cualquier momento, y el proveedor o representante autorizado de un miembro puede presentar una queja en nombre del miembro en cualquier momento.

Se recomienda (aunque no se exige) que los solicitantes de las quejas discutan su queja con el personal de la BHD o con un representante de la agencia. Si, después de hablar con el personal, el solicitante de la queja sigue insatisfecho con la resolución proporcionada, tiene derecho a presentar la queja no resuelta ante el coordinador de quejas de la BHD.

Si la queja continúa sin resolverse al final del siguiente día hábil, el Coordinador de Quejas enviará una carta de reconocimiento al solicitante de la queja dentro de los **5 días calendario** a partir de la fecha de inicio de la queja.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA (continuación)

Dentro de los **30 días calendario**, la BHD revisará e investigará la queja, y se proporcionará un aviso de resolución de queja (Notice of Grievance Resolution, NGR) por escrito al solicitante de la queja o a su representante autorizado.

CÓMO APELAR UN AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

Los miembros de Medi-Cal de la BHD, los proveedores o un representante autorizado tienen derecho a presentar una apelación en respuesta a un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD). La apelación debe presentarse dentro de los **60 días calendario** siguientes a su emisión.

Los NOABD se emiten cuando la BHD hace cualquiera de las siguientes acciones: niega, reduce, suspende o finaliza servicios; niega pagos por servicios; no proporciona servicios de manera oportuna; no resuelve quejas/apelaciones de manera oportuna, o niega la solicitud de un miembro de disputar la responsabilidad financiera.

Las apelaciones pueden presentarse verbalmente o por escrito.

Se enviará un acuse de recibo por escrito de la apelación al miembro dentro de los **5 días calendario** siguientes a su recepción.

Se revisará la apelación, y se proporcionará al miembro un aviso de resolución de apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR) por escrito dentro de los **30 días calendario** siguientes a la recepción de la apelación.

Apelación acelerada:

Puede solicitarse una apelación acelerada si el miembro o su proveedor deciden que una apelación estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro de alcanzar, mantener o recuperar el funcionamiento máximo.

La solicitud de apelación acelerada puede presentarse verbalmente o por escrito. Se revisará la apelación acelerada, y se proporcionará una respuesta por escrito al miembro a más tardar **72 horas** después de su recepción.

* Se exige el consentimiento por escrito del miembro para que otros presenten una apelación en nombre del miembro.

PRESENTAR UNA SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA ESTATAL	AVISO A LOS MIEMBROS
Los miembros de Medi-Cal de la BHD tienen derecho a solicitar una Audiencia Estatal. Los miembros deben agotar el proceso de apelación de la BHD antes de solicitar una Audiencia Estatal. Los miembros, proveedores o un representante autorizado con el consentimiento por escrito del miembro pueden solicitar una Audiencia Estatal en respuesta a la recepción de un NAR sobre el resultado de un NOABD o si la BHD no cumple con los plazos de emisión para un NOABD o NAR. El miembro tiene **120 días calendario** a partir de la fecha del NAR para solicitar una Audiencia Estatal. Si el miembro solicita una Audiencia Estatal dentro de los **10 días calendario** siguientes a la recepción de un NOABD, en determinadas circunstancias, el nivel actual de servicios puede mantenerse a la espera del resultado de la audiencia. Al realizar Audiencias Estándar, el Estado debe tomar una decisión sobre la audiencia dentro de los **90 días calendario** siguientes a la fecha de la solicitud de la audiencia. Al realizar Audiencias Aceleradas, el Estado debe tomar una decisión sobre la audiencia dentro de los **3 días hábiles** siguientes a la fecha de la solicitud de la audiencia. Para solicitar una Audiencia Estatal, póngase en contacto con la División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales de California en Sacramento. Solicite una Audiencia: Teléfono: (800) 743-8525 TDD: (800) 952-8349	La Junta de Ciencias del Comportamiento (Board of Behavioral Sciences, BBS) recibe y responde a las reclamaciones relacionadas con los servicios prestados por terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos matriculados, trabajadores sociales clínicos y terapeutas clínicos profesionales. Además de presentar una queja ante la BHD, puede presentar una reclamación directamente ante la BBS poniéndose en contacto con la junta en línea en: www.bbs.ca.gov o llamando al: (916) 574-7830.

Encontrará información y formularios adicionales en:

https://sonomacounty.ca.gov/Health/Behavioral-Health/Medi-Cal-Informing-Materials/

Sonoma county
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA MIEMBROS

La discriminación es ilegal. El Condado de Sonoma cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles. El Condado de Sonoma no discrimina ilegalmente, no excluye a las personas ni trata de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El Condado de Sonoma proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, tales como:
  - ✓ Intérpretes calificados del lenguaje de señas
  - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea inglés, tales como:
  - ✓ Intérpretes calificados
  - ✓ Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Condado de Sonoma entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711 o 1-800-735-2929 (TTY). Si lo solicita, este documento puede ponerse a su disposición en braille, letra grande, audiocasete o formato electrónico.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

Si cree que el Condado de Sonoma no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado ilegalmente de alguna otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación con un grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Coordinador de Quejas de BHD. Puede presentar un reclamo por teléfono, por escrito, en persona o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Póngase en contacto con el Coordinador de Quejas de BHD de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. llamando al 707-565-7895. Si no puede escuchar o hablar bien, llame al 711 o 1-800-735-2929 (TTY).
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:
  Coordinador de Quejas de BHD
  2227 Capricorn Way
  Santa Rosa, CA 95407-5419
- En persona: Visite el consultorio de su médico o el BHD del Condado de Sonoma y diga que desea presentar una queja formal.
- Por medios electrónicos: Visite el sitio web del BHD del Condado de Sonoma: https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services/health-services/divisions/behavioral-health/contractor-resources/medi-cal-informing-materials

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California, ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame **al 711 (Relevo del Estado de California)**.
- Por escrito: Completa un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

  Department of Health Care Services Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
- Se pueden encontrar formularios para presentar una queja: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Por medios electrónicos: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE EE. UU.

Si cree que lo han discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., ya sea por teléfono, por escrito o por medios electrónicos:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **711 (Servicio de Relevo de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete un formulario de quejas o envíe una carta a la siguiente dirección:

  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
- Los formularios de reclamación están disponibles en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.
- Por medios electrónicos: Visite el Portal de Reclamaciones de la Oficinde Derechos Civiles en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

sonoma county
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English
ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)
يُرج الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY:711) . تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبري. اتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។.

繁體中文 (Chinese)
请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)
توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।.

Hmoob (Hmong)
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)
注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|.

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) **นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข** 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้.

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.