



**CONDADO DE SONOMA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD**

DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL

Los clientes del Departamento de Servicios de Salud, División de Salud Conductual (DHS-BHD) tienen derechos. Estos derechos incluyen a reportar problemas en los servicios que reciben.

Entregue el formulario completo a la recepcionista
o

Envíelo por correo a la siguiente dirección:
Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way, Suite 207
Santa Rosa CA 95407-5419

Teléfono: 707-565-7895 o 1-800-870-8786
TTY: 1-800-735-2929 o 711

DERECHOS DE LOS CLIENTES

Como cliente del DHS-BHD, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir un trato digno, respetuoso y que proteja al máximo su privacidad;
- Recibir los servicios en un entorno seguro;
- Solicitar servicios de interpretación sin cargo;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento en un idioma y un formato que le resulten comprensibles;
- Solicitar un cambio de proveedor, una segunda opinión o un cambio en el nivel de atención;
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento;
- Solicitar y recibir una copia de su expediente médico (puede que deba pagar un cargo) y pedir que se lo corrija;
- Autorizar a una persona para que actúe en su nombre durante el proceso de reclamo, apelación o audiencia estatal imparcial;
- No sufrir ningún tipo de restricción ni aislamiento a modo de coerción, medida disciplinaria o represalia, o por conveniencia;
- Presentar un reclamo o, en caso de que sea un beneficiarios del DHS-BHD que tenga Medi-Cal, presentar una apelación, una apelación expeditiva o una solicitud de audiencia estatal imparcial sin sufrir represalias.

RECLAMOS A LA DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE SONOMA

El DHS-BHD ha asumido el compromiso de encontrar soluciones a los problemas que pueden producirse a la hora de recibir servicios de salud conductual. El DHS-BHD no discrimina ni trata de forma injusta a ninguna persona que presente un reclamo ni una solicitud de apelación o apelación expeditiva.

Los reclamos y las apelaciones pueden presentarse de forma verbal o escrita ante el coordinador de reclamos. Toda persona que elija presentar un reclamo tendrá la oportunidad de aportar información en cualquier momento durante el proceso de resolución. Cualquiera puede presentar un reclamo, pero solo los beneficiarios de Medi-Cal del DHS-BHD pueden presentar apelaciones y apelaciones expeditivas. Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación, comuníquese con el siguiente contacto:

Coordinador de reclamos
Teléfono: 707-565-7895 o
1-800-870-8786

TTY: 1-800-735-2929 o 711

Información y formulario:

<http://sonomacounty.ca.gov/Health/Behavioral-Health/Medi-Cal-Informing-Materials/>

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

No es obligatorio llenar un reclamo, pero recomendamos a los clientes del DHS-BHD hablar con sus proveedores acerca de cualquier problema que pueda surgir con los servicios que presta la división. Si los clientes del DHS-BHD o los reclamantes no están conformes, tienen derecho a llevar el reclamo no resuelto al coordinador de reclamos del DHS-BHD.

Si el reclamo no se resuelve antes de que finalice el próximo día hábil, el coordinador de reclamos enviará una carta de confirmación de recibo al reclamante dentro de los **5 días de calendario** posteriores a la fecha de inicio del reclamo.

Dentro de los **90 días de calendario**, el DHS-BHD revisará e investigará el reclamo y enviará un Aviso de resolución de reclamo (NGR) por escrito al reclamante o su representante autorizado.

APELACIÓN AL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO

Beneficiarios del DHS-BHD Medi-Cal tienen derecho a presentar una apelación dentro de los **60 días de calendario** posteriores al envío del Aviso de determinación adversa de beneficio (NOABD).

Los NOABD se envían cuando el DHS-BHD rechaza, reduce, suspende o cancela algún servicio; rechaza el pago de un servicio; no brinda los servicios de forma oportuna; no resuelve reclamos o apelaciones de forma oportuna o rechaza la solicitud de un beneficiario para disputar la responsabilidad financiera.

Las apelaciones pueden presentarse de forma verbal o escrita. Sin embargo, si un beneficiario o su representante presenta una apelación verbal, debe presentar una apelación escrita a el DHS-BHD.

El beneficiario recibirá una confirmación de solicitud de apelación por escrito dentro de los **5 días de calendario** posteriores a su recepción.

Se revisará la apelación y se enviará un Aviso de resolución de apelación (NAR) al beneficiario dentro de los **30 días de calendario** posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

El DHS-BHD puede extender el plazo de resolución de la apelación hasta **14 días calendario** en cualquiera de los siguientes casos: si el beneficiario solicita una extensión o si el DHS-BHD determina que necesita más información y brinda un motivo por el que el retraso beneficia al beneficiario.

El aviso de extensión se envía al beneficiario dentro de los **2 días de calendario** posteriores a la fecha en la que se decide extender el plazo en ciertas circunstancias. Si el beneficiario no solicitó la extensión, el DHS-BHD deberá enviarle un motivo por escrito.

APELACIÓN AL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO (continuación)	PETICIÓN DE AUDIENCIA ESTATAL
<p>El DHS-BHD resolverá la apelación lo más rápidamente posible en función de la urgencia de la afección del cliente y no podrá ampliar el plazo en ninguna circunstancia una vez finalizada la extensión de 14 días de calendario.</p> <p>Apelación expeditiva: Usted o su proveedor tiene el derecho de presentar una apelación expeditiva si deciden que una apelación estándar podría poner en peligro su vida, salud o capacidad de lograr, mantener, o recuperar la función máxima, una apelación expeditiva puede ser solicitada y será concedida.</p> <p>Las apelaciones expeditivas se pueden presentar verbalmente. Se revisará la apelación expeditiva y se proporcionará una respuesta por escrito, al beneficiario, no más tardar de 72 horas después que se recibió.</p> <p>El plazo para una apelación expeditiva se puede extender hasta por 14 días de calendario.</p>	<p>Beneficiarios del DHS-BHD Medi-Cal tienen derecho de solicitar una audiencia estatal. Los beneficiarios deben agotar el proceso de apelación con DHS-BHD antes de solicitar una audiencia estatal.</p> <p>Beneficiarios pueden solicitar una audiencia estatal en respuesta al recibir un NAR sobre el resultado de un NOABD.</p> <p>El beneficiario tiene 120 días de calendario desde la fecha NAR para solicitar una audiencia estatal. Si el beneficiario solicita una audiencia estatal dentro de 10 días de calendario después de haber recibido un NOABD, bajo ciertas circunstancias, el nivel de servicios existente puede mantenerse, mientras espera el resultado de la audiencia.</p> <p>Si DHS-BHD no cumple en adherirse a los requisitos de tiempo de la apelación, beneficiarios tiene el derecho a una audiencia estatal.</p>

**PETICIÓN DE AUDIENCIA
ESTATAL
(continuación)**

Al realizar audiencias estándares, el estado debe tomar una decisión de la audiencia dentro de **90 días de calendario** después de la fecha que se solicitó la audiencia.

Al realizar audiencias expeditivas, el estado debe llegar a una decisión sobre la audiencia dentro de **3 días hábiles** desde la fecha que se solicitó la audiencia.

Para solicitar una audiencia estatal, llame a la División de Audiencias del Estado en Sacramento:

TELÉFONO: 1-800-952-5253
TDD: 1-800-952-8349

AVISO A CLIENTES

La Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS) recibe y responde a las quejas sobre los servicios que a recibido de terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos y asesores clínicos profesionales.

Además de presentar una queja ante DHS-BHD, puede presentar una queja directamente ante el BBS comunicándose con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

FORMULARIO DE RECLAMO/APELACIÓN/APELACIÓN EXPEDITIVA

Fecha de hoy: _____ Reclamo Apelación Apelación Expeditiva

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del turo/apoderado legal: _____

Nombre del proveedor de servicios: _____

Persona que presenta la solicitud: _____ Teléfono: _____

¿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 cliente: _____

* *Debe entregarse una Autorización para la divulgación de información de salud protegida (MHS 102).*

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?

Entregue el formulario completo al personal de recepción o
Envíelo por correo a la siguiente dirección:
Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way, Suite 207, Santa Rosa, CA
95407-5419
Teléfono: (707) 565-7895 TTY: 1-800-735-2929 o 711

- Staff Use Only:**
- 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. Envíe todas las quejas exentas y no exentas inmediatamente al coordinador de quejas.

LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call *24/7 toll-free 1-800-870-8786 toll free number or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call *707-565-6900 or 1-800-870-8786 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)* 번으로 전화해 주십시오.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2929 or 711)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយមនុស្សភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).