

San Joaquin County

Behavioral Health Services

Forma para Sugerencia,

Comentario o Cumplimiento

Díganos... ¿Como Podemos Mejorar?



Nos

GUSTARIA CONOCER SU NOMBRE... PERO no SE REQUIERE.

Si a usted le gustaría que alguien le contacte con respecto a su sugerencia, favor de incluir su nombre, dirección, y número de teléfono donde se le puede hablar o dejar un recado.

Póngase en **contacto** con uno de los intercesores enlistados dentro de este folleto si:

- Necesita ayuda inmediata, o quiere conversar con alguien sobre un problema,
- Desea saber si su preocupación es bastante seria como para archivar un agravo

Para darnos una sugerencia o comentario, completa esta forma, ponga un estampilla y envíela a:

Quality Improvement & Compliance Office
1212 N. California Street
Stockton, CA 95202

Quality Improvement & Compliance Office enviara esta forma a la **Junta, Consejo del Consumidor (CAC)**, quienes leen su sugerencia o comentario y se ponen en contacto con usted en caso de que sea necesario.

N/ Brochures Suggestion Form Spanish 11/08 .Pub

Derechos Del Cliente

Tiene el derecho a

- Pedir servicios en el idioma de su preferencia o recibir servicios de interprete gratuito.
- Pedir un cambio de proveedor o una segunda opinión.
- Someter un agravo o apelación, (Usted no estará sujeto a discriminación o penalidad por archivar un agravo o apelación).
- Revisar su archivo o expediente de caso antes o durante el proceso de apelación.
- Pedir a otra persona de interceder en su favor.
- Pedir una audiencia estatal justa, si es beneficiario de Medi-Cal, ya sea por llamar o por escrito a:

**State Fair Hearing Division
California Department of Social
Services
PO Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430**

**Teléfono: 1-800-952-5253
O al TDD: 1-800-952-8343
(para sordo/mudos).**

Return Address:

Postage
Stamp

San Joaquin County Behavioral Health Services
Quality Improvement & Compliance Office
1212 N. California Street
Stockton, California 95202

