



**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 beneficiario del DHS-BHD que tenga Medi-Cal, presentar una apelación, una apelación expeditiva o una solicitud de audiencia estatal imparcial sin sufrir represalias.

<b>RECLAMOS A LA DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE SONOMA</b>	<b>APELACIÓN AL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO</b>
<p>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.</p> <p>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:</p> <p style="text-align: center;">           Coordinador de reclamos            Teléfono: 707-565-7895 o 1-800-870-8786            TTY: 1-800-735-2929 o 711         </p> <p><b>Información y formulario:</b>  <a href="http://sonomacounty.ca.gov/Health/Behavioral-Health/Medi-Cal-Informing-Materials/">http://sonomacounty.ca.gov/Health/Behavioral-Health/Medi-Cal-Informing-Materials/</a></p> <p style="text-align: center;"><b>CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO</b></p> <p>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.</p> <p>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 <b>5 días de calendario</b> posteriores a la fecha de inicio del reclamo.</p> <p>Dentro de los <b>90 días de calendario</b>, 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.</p>	<p>Beneficiarios del DHS-BHD Medi-Cal tienen derecho a presentar una apelación dentro de los <b>60 días de calendario</b> posteriores al envío del Aviso de determinación adversa de beneficio (NOABD).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>El beneficiario recibirá una confirmación de solicitud de apelación por escrito dentro de los <b>5 días de calendario</b> posteriores a su recepción.</p> <p>Se revisará la apelación y se enviará un Aviso de resolución de apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR) al beneficiario dentro de los <b>30 días de calendario</b> posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.</p> <p>El DHS-BHD puede extender el plazo de resolución de la apelación hasta <b>14 días calendario</b> 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.</p> <p>El aviso de extensión se envía al beneficiario dentro de los <b>2 días de calendario</b> 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.</p>

**APELACIÓN AL AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO (continuación)**

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**.

**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.

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.

El plazo para una apelación expeditiva se puede extender hasta por **14 días de calendario**.

**PETICIÓN DE AUDIENCIA ESTATAL**

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.

Beneficiarios pueden solicitar una audiencia estatal en respuesta al recibir un NAR sobre el resultado de un NOABD.

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.

Si DHS-BHD no cumple en adherirse a los requisitos de tiempo de la apelación, beneficiarios tienen el derecho a una audiencia estatal.

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](http://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 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 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 Grievance Coordinator  
la siguiente dirección: 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.

### **繁體中文(Chinese)**

注意：輔助工具和服务，包括但不限于大字体文件和替代格式。包括但不限于大字体文件和替代格式。如果您提出要求，我们将免费为您提供。请致电 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-80735-2929 or 711)

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) تماس بگیرید.

### **日本語(Japanese)**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) まで、お電話にてご連絡ください。

### **Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

### **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 انكر 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)

1-800-735-2929 or 711 (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: អស៊ីនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក មុនេនក។ ចូរ ទូ រស្ត 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)។

### **ພາສາລາວ (Lao)**

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