

FOLD, CREASE AND TEAR THIS STUB ALONG PERFORATION



EL FRANQUEO NO ES
NECESARIO SI LO
ENVÍA POR CORREO
DENTRO DE ESTADOS
UNIDOS

CONFIDENTIAL

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST- CLASS MAILPERMIT NO. 61 BAKERSFIELD, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

KERN BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES
PO BOX 1000
BAKERSFIELD CA 93302-9961



Plan de salud mental de Kern Behavioral Health & Recovery Services y
Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal

Formulario de queja formal

Queja formal: Una expresión de disatisfacción con cualquier asunto que no sea una determinación adversa de beneficios.

Nota: La resolución de una queja formal se tomará dentro de treinta (30) días calendario desde la recepción de la queja formal.



Kern Behavioral Health & Recovery Services
FORMULARIO DE QUEJA FORMAL

EL BENEFICIARIO/CLIENTE DEBE COMPLETAR Y REENVIAR EL FORMULARIO A PATIENTS' RIGHTS OFFICE
PO BOX 1000, Bakersfield, CA 93302-1000
Teléfono: (844) 360-8250

Fecha: _____ Ubicación del servicio: _____

Nombre del beneficiario/cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Origen étnico: _____

Género: _____ Idioma preferido: _____

Si el cliente es menor, nombre el tutor legal en representación del menor: _____

Dirección (incluya ciudad/estado/código postal): _____

Teléfono: _____

Escriba en letra de molde o de manera legible.

Describa las razones para solicitar una queja formal. Sea específico e incluya nombres, fechas y horas siempre que sea posible.

1. Describa la queja formal o la naturaleza de la queja formal.

2. ¿Qué le gustaría que sucediera para resolver esta queja formal?

