

FOLD, CREASE AND TEAR THIS STUB ALONG PERFORATION



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED IN THE
UNITED STATES

CONFIDENTIAL

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 61 BAKERSFIELD, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

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



Departamento de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de Kern

Plan de Salud Conductual y Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal

Formulario de reclamación

Queja: Una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto relacionado con sus servicios que no constituya una determinación adversa sobre beneficios.

- Puede presentar una queja en cualquier momento
- La queja puede presentarse verbalmente o por escrito
- La queja se puede presentar por el beneficiario, un proveedor que actúe en nombre del afiliado, un representante autorizado o un padre o tutor legal cuando corresponda
- Si un representante autorizado o un proveedor presenta una queja en su nombre, es posible que se requiera documentación que autorice dicha representación.
- Recibirá una confirmación por escrito de su queja en un plazo de 5 días después recibirla.
- El Plan resolverá su queja en un plazo de 30 días después de recibirla.



**Departamento de Salud del Comportamiento
y Recuperación del Condado de Kern
Formulario de reclamación**

Escrito: Entregue el formulario completado en cualquiera de las sedes de la clínica o al proveedor de servicios bajo la modalidad de pago por servicio, o envíelo por correo.

Kern Behavioral Health & Recovery Services
Office of Patients' Rights
P.O. Box 1000
Bakersfield, CA 93302-1000

Verbal: Llame al 1-844-360-8250 o presente su queja al supervisor en cualquier centro de servicio

Fecha: _____ **Nombre de Beneficiario:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Etnicidad:** _____ **Genero:** _____

Lenguaje preferido: _____ **Número de Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____ **Código Postal:** _____

¿Usando representante autorizado? ☐ Si

☐ No Si "Si", complete abajo

Nombre del Representante:

Teléfono del Representante:

Relación al Beneficiario:

Fecha del Incidente: _____

Nombre del proveedor o programa contra el que se presenta esta queja: _____

1. Por favor, describa su inquietud. Incluya fechas, nombres, ubicaciones y cualquier otra información que considere útil.

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

Firma del Beneficiario: _____ **Fecha:** _____