

## FORMULARIO DE QUEJA O APELACIÓN DEL CLIENTE

**Necesitamos poder contactar con usted.** Proporcione por favor la información que nos facilitaría ponernos en contacto con usted incluso si ya salió de esta instalación.

Su nombre: \_\_\_\_\_

Su dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del programa/instalación: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Su correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cuéntenos acerca de su problema: (use la parte de atrás si necesita más espacio)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Contáctenos lo más pronto posible.** Tratamos de resolver los problemas rápidamente mientras se encuentra en esta instalación. Se incluye un sobre con la dirección del remitente para enviar este formulario a JFS.

**JFS - Patient Advocacy  
8804 Balboa Avenue, San Diego, CA 92123  
Llamar al 619-282-1134 o  
1-800-479-2233**

### **¿QUÉ ES UNA QUEJA O UNA APELACIÓN?**

- Una **“queja”** es *cualquier* expresión de insatisfacción sobre sus servicios.
- Una **“apelación”** se puede realizar cuando la autorización para los servicios del Plan de Salud Mental se ha negado, reducido o parado.
- Una **“apelación expedita”** se puede hacer cuando usted o su proveedor certifican que el plazo normal para la apelación podría poner en riesgo seriamente su vida, su salud o su habilidad para funcionar.

**NOTIFICACIÓN PARA LA INSTALACIÓN:** Este formulario de queja debe estar disponible para los clientes sin tener que solicitarlo al personal. Este formulario y proceso de queja no se pueden reemplazar por ningún proceso interno de queja o proceso de queja de la instalación.