



**SALUD DEL COMPORTAMIENTO
SOLICITUD DE RESOLUCIÓN DE
PROBLEMAS DEL CLIENTE**

Fecha _____

Nombre _____ Núm de teléfono _____

Dirección del correo _____

Nombre de persona llenando solicitud, si **no** el cliente:

Nombre _____ Núm de teléfono _____

Dirección del correo _____

¿Qué tipo de solicitud está usted presentando?

Queja Apelación estándar Apelación acelerada

Solicitud:

(si es necesario, usted puede adjuntar otra hoja u otra documentación)

Firma del cliente _____ Fecha _____

Envíe la forma a: Quality Improvement Coordinator
Humboldt County DHHS Behavioral Health
720 Wood St.
Eureka, CA 95501

También usted puede comunicarse con nosotros llamando al 707-268-2955, opción 3

Solo para el uso de el/la coordinador/a de mejora de calidad

ROI obtained

Date Received _____ Date Forwarded _____ To _____

Date initial letter sent to client _____ **Due Date** _____

Type of Request Grievance Standard Appeal Expedited Appeal
 NOABD Appeal MHSA Complaint

Resolution/Action Taken:

Signature of Manager _____ Date _____

Date Client Notified _____

Date QIC Notified _____ (include copy of documentation)

Date Forwarded to DHHS Compliance Officer (if applicable) _____