



San Francisco Health Network
Behavioral Health Services

Formulario de queja y apelación

Nombre del miembro _____ **Fecha de nacimiento** _____
Dirección _____ **Teléfono** _____ **Mejor medio para comunicarse** _____

Tipo de solicitud (marque una opción): Queja Apelación Apelación acelerada (*consulte el folleto informativo para obtener la definición de cada tipo*)

Mi problema o inquietud está relacionada con el siguiente programa o proveedor: _____

Describe el problema o la inquietud: _____

Lo que me gustaría que sucediera: _____

Comprendo que no estaré sujeto a discriminación como resultado de la presentación de una queja o de la solicitud de una apelación o apelación estatal.

Firma del Miembro/tutor legal _____ Fecha _____

Autorizo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre (*opcional*) _____

Firma de la persona autorizada si no firma del Miembro/tutor legal _____ Fecha _____

Envíe el formulario completo en el sobre con franqueo pagado o envíelo por correo a la Oficina de Quejas/Apelaciones de BHS, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 o envíe un correo electrónico a BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org