



## Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services

# Formulario de queja

Formulario de queja - español

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services  
Quality Management, Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Sello  
obligatorio

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services  
Quality Management – Member Services  
7001-A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

### Si precisa asistencia para completar este formulario:

Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal de Servicios para Problemas con el alcohol y las drogas.

Puede llamar a Servicios para Miembros.  
(916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881  
TTY (916) 876-8853

Puede llamar al Defensor de Derechos de los Pacientes.  
(916) 333-3800

#### Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1<sup>er</sup> Distrito  
Patrick Kennedy, 2<sup>do</sup> Distrito  
Rich Desmond, 3<sup>er</sup> Distrito  
Sue Frost, 4<sup>to</sup> Distrito  
Don Nottoli, 5<sup>to</sup> Distrito

#### Interim County Executive Ann Edwards

#### Department of Health Services Director Chevon Kothari

#### Division of Behavioral Health Director Ryan Quist, Ph.D.

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:  
The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
05-14-21

## Queja

**Nota:** La presentación de una queja no afectará de manera adversa a sus servicios con Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services. El miembro será contactado por Servicios para Miembros y recibirá una respuesta por escrito dentro de los noventa (90) días naturales. Por favor, complete este formulario, luego debe plegarlo y colocarlo en un sobre, sellarlo y enviarlo por correo.

**Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: \_\_\_\_\_

Dirección  
(Ciudad/Estado/Código postal): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): \_\_\_\_\_

**Describa el o los motivos para presentar una queja.  
Sea específico, incluya nombres, fechas y horas toda vez que sea posible**

Fecha(s) del incidente: \_\_\_\_\_

**1. Describa la queja o la naturaleza de la queja. Por favor, adjunte más páginas si es necesario:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. ¿Ha intentado resolver el(los) problema(s) antes de presentar la queja?**

**Sí.** Por favor, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema, e incluya los resultados:

---

---

**No,** no he hecho intentos previos para resolver la queja.

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

---

---

**Entiendo que seré contactado en relación con esta solicitud dentro de los próximos treinta (30) días naturales**

Firma de la persona que realiza esta queja: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_