

QUEJA o SOLICITUD DE APELACIÓN

Este formulario se usa para presentar una queja o solicitar una apelación. Si necesita apoyo para completar este formulario, puede pedir ayuda a su proveedor o llamando a Asistencia al Consumidor al (800) 779-0787. **Es necesario presentar una *Autorización para la revelación de información confidencial* firmada junto con este formulario.** Puede presentar la queja o la solicitud de apelación a su proveedor (MD, administrador de casos, médico, supervisor del Programa, etc.) o enviarla por correo directamente a Asistencia al Consumidor a: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Complete los dos lados de este formulario.**

Quiero presentar: (elija una opción)

☐ **Queja** ☐ **Apelación**

☐ **Marque aquí si está solicitando que se procese su apelación a través del proceso de apelación urgente** (*consulte los requisitos para una apelación urgente*)

Su dirección y teléfono son importantes.
Necesitamos esta información para comunicarnos con usted sobre el resultado de su queja o apelación. **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono para llamadas durante el día: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el teléfono de arriba?
☐ Sí ☐ No

Proveedor actual: _____

Si corresponde, la persona que lo representa:

Dirección: _____

Teléfono para llamadas durante el día: _____

Responda las siguientes preguntas. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

¿Cuál es el problema? _____

¿Qué ha hecho para tratar de solucionar el problema? _____

¿Qué solución le gustaría? _____

Firma del consumidor (o representante del
consumidor)

Fecha

***No será objeto de discriminación ni de ninguna
otra sanción por presentar una queja o
apelación. Se protegerá su confidencialidad en
todo momento de acuerdo con las leyes
estatales y federales. Puede solicitar una
audiencia imparcial estatal después de
completar el proceso de apelación.***