

**San Joaquin County**

**Behavioral Health Services**

**Forma para Sugerencia, Comentario o  
Cumplimiento Díganos... ¿Como  
Podemos Mejorar?**

Nos **GUSTARIA**   
**CONOCER SU**  
**NOMBRE... PERO no SE REQUIERE.**

Si a usted le gustaría que alguien le contacte con respecto a su sugerencia, favor de incluir su nombre, dirección, y numero de teléfono donde se le puede hablar o dejar un recado. Póngase en **contacto** con uno de los intercesores enlistados dentro de este folleto si:

- Necesita ayuda inmediata, o quiere conversar con alguien sobre un problema,
- Desea saber si su preocupación es bastante seria como para archivar un agravio

Para darnos una sugerencia, comentario o complemento, complete esta forma , ponga un estampilla y envíe a:

Quality Improvement & Compliance Office  
1212 N. California Street  
Stockton Ca. 95202

Quality Improvement & Compliance Office  
enviara esta forma a la  
**Junta, Consejo del Consumidor (CAC)**, quienes leen su sugerencia o comentario y se ponen en contacto con usted en caso de que sea necesario.

Suggestion Form  
Spanish 01/15.Pub

**Derechos Del Cliente**

Tiene el derecho a

- Pedir servicios en el idioma de su preferencia o recibir servicios de interprete gratuito.
- Pedir un cambio de proveedor o una segunda opinión.
- Someter un agravio o apelación (usted no estará sujeto a discriminación o penalidad por archivar un agravio o apelación).
- Revisar su archivo o expediente de caso antes o durante el proceso de apelación.
- Pedir a otra persona de interceder en su favor.
- Pedir una audiencia estatal justa, si es beneficiario de Medi-Cal, ya sea por llamar o por escrito a:

**State Fair Hearing Division**  
**California Department of Social Services**  
**PO Box 944243, Mail Station 19-37**  
**Sacramento, CA 94244-2430**

**Teléfono: 1-800-952-5253**  
**O al TDD: 1-800-952-8343**  
(para sordo/mudos).

Si tienen Medi-Cal tienen el derecho a pedir una Audiencia Estatal Justa después que el proceso de la apelación se ha completado. En San Joaquin County Behavioral Health Services se asegurará que servicios continúen mientras una apelación o audiencia Estatal justa está

Return Address:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fold Line

San Joaquin County Behavioral Health Services  
Quality Improvement & Compliance Office  
1212 N. California Street  
Stockton, California 95202

Postage  
Stamp

# Escriba su Sugerencia, Comentario, y /o Cumplimiento aquí:

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


Favor de dejar un numero o dirección donde pueda ser contactado...

Nombre: _____			
Teléfono: _____	¿Mensaje?	Sí	No
Dirección (Opcional): _____			
Ciudad	(Estado)	(Código postal)	

**(Consumer Advisory Council Use)**

\_\_\_\_\_

Para mas información, favor de llamar una de las personas enlistadas aquí abajo:

**Línea de Apoyo al Consumidor**  
**(209) 468-3585**

**Defensor de Derecho del Paciente**  
**(todas edades)**  
**Teléfono (209) 468-8676**  
**Fax (209)468-2399**

**Intercesor de la Familia**  
**(209) 401-6087**

**Coordinador de Alcance Externo**  
**al Consumidor**

**y**

**Consejo Asesor del Consumidor (CAC)**  
**(209) 468-3498**

**compañeros de los Padres**

**(Servicios para Niños y Adolescentes)**  
**(209) 468-2241**  
**(209) 468-3690**

**Idiomas Sureste de Asia**

**(Camboyano, Hmong, Khmu, Laosiano, y Vietnemesa)**  
**209-953-8843**

**Línea de Resolución al Problema**  
**(209) 468-9393 en Stockton**  
**(866) 468-9393 fuera de Stockton**

**San Joaquin County**  
**Behavioral Health Services**  
**1212 North California Street**  
**Stockton, CA 95202**

\* Para mandar por correo, doble esta forma para que la direccion quede visisble. Por razones de confidencialidad, cierre con cinta adhesiva, agregue una estampilla y envíelo.