AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE SHASTA
2640 Breslauer Way
Redding, CA 96001
www.shastahhsa.net

Health and Human Services Agency

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Shasta
A/A. Managed Care & Compliance HHB-502
P.O. Box 496005
Redding, CA 96049-6005

¿QUÉ OCURRE CON SU RECLAMO?

Para asegurarnos de que su queja sea resuelta, haremos lo siguiente:

- Le enviaremos una carta confirmándole que la hemos recibido.
- Elegiremos a alguien que no sea parte de su queja para revisarla.
- Le enviaremos una carta para informarle qué se decidió.

Le garantizamos un trato justo durante este proceso.

Si tiene preguntas o desea consultar el estado de su reclamo, llame a Managed Care al 530-245-6750 o al número gratuito 1-888-385-5201.

Nuestro coordinador de la ADA puede ser contactado mediante:

530-225-5515 (teléfono)

530-225-5345 (fax)

Sistema de retransmisiones de California: 711

Health and Human Services Agency

2640 Breslauer Way
Redding, CA 96001
www.shastahhsa.net

Revisado 08/17

Formulario de reclamo

Permítanos resolver cualquier queja sobre el servicio.

Para obtener ayuda llame al:
(530) 245-6750

¿POR QUÉ PRESENTAR UN RECLAMO?

El condado de Shasta intenta dispensar un trato justo para todos; sin embargo, a veces las cosas no funcionan de la forma esperada. Puede presentar un reclamo si no está conforme con los servicios que recibe.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Complete este formulario o cuéntenos al respecto. Para comunicarse con nosotros, llame al (530) 245-6750 o al 1-888-385-5201. Si completa el formulario, envíelo a la dirección que figura al dorso o entréguelo a su profesional de atención médica.

FORMULARIO DE RECLAMO

Puede solicitar ayuda para completar este formulario o hacer que alguien lo haga por usted.

Le garantizamos un trato justo en caso de presentar este formulario.

Fecha: _____ **Lugar:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____

Teléfono: (hogar) _____ **(trabajo)** _____ **(celular)** _____

Idioma de origen: _____

Describa el motivo de su disconformidad: _____

_____

_____

_____

¿Cómo considera que esto puede resolverse? _____

_____

_____

_____

Firma: _____