



## Formulario de Queja y Apelación

Si necesita ayuda completando este formulario, usted puede contactar a su Proveedor de Salud Mental y solicitar ayuda de un miembro de la oficina, otro que no sea la persona quien la queja es sobre. Si no desea presentar una queja directamente con el Proveedor de Salud Mental, usted puede dirigir su queja a Greater Oregon Behavioral Health, Inc. (GOBHI) por escrito al 401 East 3<sup>rd</sup> Street, The Dalles, OR 97058 o llame al 1-800-493-0040, TDD 711.

Fecha \_\_\_\_\_ Proveedor \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ # De OHP \_\_\_\_\_

Fecha de incidente o negación \_\_\_\_\_

¿Si es negación de servicios, quieres que sus beneficios continúen?    \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Esta queja implica una situación urgente que no puede esperar?    \_\_\_ Sí    \_\_\_ No

Si su respuesta es sí, declare la razón: \_\_\_\_\_

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

Queja: \_\_\_\_\_

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

Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Qué le gustaría que pase en este caso? \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_

-----*Uso para la oficina solamente*-----

Good Cause Exception:    \_\_\_ Yes    \_\_\_ No    Explain: \_\_\_\_\_

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