



ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y
SERVICIOS DE ADICCIÓN

Agencia del Servicio de Salud

FORMULARIO DE RECLAMO DE CLIENTE
Para Agente de Derechos del Cliente o designado
(2 páginas)



Programa/sitio de DMHAS o proveedor de servicios contratado: _____

Reclamo presentado por: _____
(Cliente o persona legalmente autorizado para actuar en representación del cliente)

Información de contacto: _____
(Dirección)

_____ **Teléfono:** _____
(Ciudad, estado y código postal)

¿Solicita ayuda de un defensor? **Si** **No**

Descripción del reclamo:

- ♦ *Incluya información sobre lo que sucedió, cuándo y cómo, las personas involucradas y los nombres de los testigos.*
- ♦ *Si el reclamo se relaciona con una denegación o la suspensión o el fin de los servicios de forma involuntaria, ¿recibió un aviso escrito y, en caso de fin de los servicios, le ofrecieron servicios modificados? De no ser así, ¿presentó una solicitud de continuación de servicios al comisionado de DMHAS?*

(Continúa al dorso - Adjunte más páginas de ser necesario)

FORMULARIO DE
RECLAMO DE CLIENTE

Busco la siguiente resolución:

(ADJUNTE MÁS PÁGINAS DE SER NECESARIO)

Autorizo al Agente de Derechos del Cliente (Client Rights Officer, CRO) o la persona designada como responsable del proveedor indicado en el presente documento para el manejo de reclamos a tomar toda medida que pueda ayudar a resolver el reclamo, lo que incluye: una entrevista a mí (con mi defensor presente) y a todas las demás partes, la revisión de los documentos pertinentes, y la propuesta de una resolución informal que puede contener opciones de oferta tales como una mediación entre todas las partes.

(Firma del cliente o la persona legalmente autorizada para actuar en su representación) (Fecha)

(Firma del Agente de Derechos del Cliente o su designado) (Fecha de recepción)

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE RECLAMOS DE DMHAS, CONTACTE A:

Especialista de Derechos y Reclamos de Clientes, Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción
(Client Rights and Grievance Specialist, Department of Mental Health and Addiction Services),
410 Capitol Avenue 4th PO Box. 34134 Hartford, CT 06134 860-418-6933 o 1 800-445-7348 (#6933)

Confidencialidad: El presente formulario solo puede ser utilizado por las personas a las cuales está dirigido y puede contener información privilegiada, confidencial y exenta de divulgación de conformidad con las leyes vigentes.