



DENUNCIA/QUEJA – INSTRUCCIONES

Prevención y Control del Abuso de Sustancias (SAPC) del Departamento de Salud Pública es el plan especializado para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias del condado de Los Ángeles. Mientras reciba tratamiento para trastornos por consumo de sustancias o servicios relacionados de una agencia contratada por el SAPC, usted tiene derecho a expresar quejas, denuncias o inquietudes sobre los servicios que recibe mediante el proceso de resolución de problemas que se describe a continuación:

CÓMO FUNCIONA EL PROCESO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS – DENUNCIAS/QUEJAS:

Una queja (o denuncia) es una expresión de descontento sobre cualquier aspecto relacionado con su tratamiento por uso de sustancias o los servicios relacionados.

Si no está satisfecho con sus servicios por trastorno por consumo de sustancias u otros servicios relacionados prestados por un proveedor SAPC contratado, puede presentar una queja (o denuncia).

- No será objeto de discriminación por presentar una queja y esto no afectará los servicios que recibe.
- Puede presentar una denuncia en cualquier momento por escrito (por correo electrónico o correo postal) o verbalmente (en persona o por teléfono) ante su proveedor o directamente ante SAPC (consulte la información de contacto a continuación).
- Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluido su proveedor.
- Su confidencialidad estará protegida de acuerdo con las leyes gubernamentales (*W&I 5328 y 42 CFR Parte 2*).
- Su denuncia será investigada y resuelta en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que SAPC la reciba, a menos que se conceda una prórroga de 14 días.
- Si no está de acuerdo con la decisión sobre una denuncia/queja, puede volver a presentar una queja para que sea revisada.

Si usted es beneficiario de Medi-Cal, también tiene derecho a presentar una **apelación** si recibe una Notificación de determinación adversa de beneficios (NOABD) en la que se le informa de la decisión de denegar o modificar su tratamiento o servicios relacionados. Pregunte a su proveedor o visite el sitio web de SAPC para encontrar el formulario de apelación en: <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>.

Cuéntenos sobre su denuncia completando el formulario que se encuentra en la página 2. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-626-299-4532.

ENVÍE LA DENUNCIA/QUEJA POR:

Correo electrónico: sapc_appeal@ph.lacounty.gov	Correo postal: Substance Abuse Prevention and Control, Contracts and Compliance Branch 1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3 rd Floor, Box 34, Alhambra, California 91803
Teléfono: (626) 299-4532	
Fax: (626) 458-6692	
Si necesita este formulario en otro formato (por ejemplo, letra grande, braille o audio), llame al 1-888-742-7900 y pulse 7.	

Para obtener más información sobre el proceso de resolución de problemas, consulte el manual para miembros o visítenos en <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>.

(Spanish)



SUBSTANCE ABUSE PREVENTION AND CONTROL
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803



COMPLAINT/GRIEVANCE FORM

1. Date:		
PERSON FILING THE GRIEVANCE		
2. Name (Last, First, and Middle): <i>(required)</i>		3. Sage Patient ID#: <i>(if known)</i>
4. Authorization # <i>(if known)</i>		
5. Date of Birth: <i>(required)</i>	6. Medi-Cal #: <i>(if known)</i>	7. Street Address: <i>(required if there is an address available)</i>
8. City and Zip Code <i>(required if there is an address available)</i>	9. Phone Number and/or Email Address: <i>(required if there is a phone or email address available)</i>	10. Do we have your permission to leave a voice message? ☐ Yes ☐ No
COMPLETE IF AUTHORIZING A REPRESENTATIVE TO FILE A COMPLAINT ON YOUR BEHALF		
11. Name of Representative:	12. Agency Name/Relationship:	13. Email:
14. Street Address:	15. City and Zip Code:	16. Phone:
17. If you are authorizing another person or entity to represent you in filing this complaint/grievance, please sign below:		
_____ _____ Patient Name (Print) Patient (Signature)		
INFORMATION ABOUT YOUR GRIEVANCE		
18. Grievance/Complaint Type (check all that apply):		
☐ Service not available/accessible ☐ Enrollment/disenrollment issues (Med-Cal Only) ☐ Problems with payment to provider ☐ Staff issues/customer service ☐ Denied ☐ Patient Rights violation ☐ Quality/appropriateness of care ☐ Billing ☐ Other: _____		
19. Site/Facility Address: _____		
20. Please provide detailed information about the complaint/grievance. Attach additional pages or supporting documentation, if needed.		

Signature of Person or Authorized Representative

Date

SUBMIT THE GRIEVANCE (OR COMPLAINT) BY:

Email: sapc_appeal@ph.lacounty.gov

Phone: (626) 299-4532

Fax: (626) 458-6692

Mail: Substance Abuse Prevention and Control, Contracts and Compliance Branch, 1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3rd Floor, Box 34, Alhambra, California 91803

If you need this form in alternate format (e.g., large print, braille, or audio), call 1-888-742-7900 press 7.