



Formulario para quejas del cliente.

Este formulario se puede utilizar para documentar una inquietud, queja o sugerencias en todos los programas.

Gracias por informar esto a TMHA.

Nombre del programa de TMHA, (si lo sabes): _____

Para los programas de TMHA en el Condado de San Luis Obispo, las quejas también pueden presentarse ante SLO County's Patients Rights advocate: (805) 781-4738.

Para los programas de licencias de atención comunitaria, las quejas también pueden presentarse ante CCL 1-844-LET-US-NO (1-844-538-8766)..

Para los programas de TMHA en el Condado de Santa Bárbara, las quejas también pueden presentarse ante Patients Rights advocate SB: Enrique Bautista (805-451-7211) y Monica Ruiz (805-588-0351)

Fecha: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____

Descripción de la queja y/o sugerencia: _____

Continuación. Formulario para quejas del cliente.

Acción solicitada: _____

Firma de la persona que completa este formulario.

Envíe este formulario a cualquier empleado de TMHA o a la oficina. O por correo a:

**Transitions-Mental Health Association
Quality Assurance
PO Box 15408
San Luis Obispo, CA 93406**

Para la oficina:

Siga el protocolo de quejas de TMHA.

Fecha en la que se recibió el formulario: _____

Nombre del formulario recibido: _____

Nombre del administrador del programa o el director notificado: _____

Fecha para programar una cita: _____

Fecha de la reunión: _____

Cuando haya finalizado, adjunte el formulario firmado de " Resolution Summary Form " y envíelo a la QA de TMHA para el mantenimiento de registros.