Proceso de Quejas

ENGLISH

La División de Adicciones y Salud Mental agradece la retroalimentación sobre el sistema de atención de salud del comportamiento de Oregon.

- Si está insatisfecho con una experiencia, favor de completar y presentar este formulario.
- De solicitarse, este documento se facilitará en otros formatos a personas con discapacidades o en otros idiomas aparte del inglés para las personas con un nivel limitado de inglés. Para solicitar esta publicación en otro formato o idioma, llame a la División de Adicciones y Salud Mental al 503-945-5763, 711 para TTY, o escríbales por correo electrónico a AMH.web@state.or.us.

Le llamarán por teléfono dentro de un plazo de 3 días hábiles para confirmar que recibieron su queja y hablar sobre cualquier otro asunto que sea necesario antes de iniciar una investigación.

- Si su queja se relaciona al Hospital Estatal de Oregon *(Oregon State Hospital)*, será enviada al Director Asociado para Servicios del Consumidor y Familia para que la aborde.

Si se le dificulta completar este formulario, llámenos al 503-945-5763 y le asistiremos.

Si necesita ayuda para presentar una queja, sírvase brindar la información siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Por teléfono: _____ Correo electrónico: _____

El idioma que hablo: _____

Díganos si necesita:

- ☐ Un intérprete
- ☐ Un intérprete para sordomudos
- ☐ Braille
- ☐ Letra de tamaño más grande
- ☐ Cinta de audio
- ☐ Disco computacional
- ☐ Presentación verbal

Los campos en rojo son obligatorios. No se puede presentar el formulario sino hasta que se completen todos los campos.

Este formulario puede contener su información personal. Si devuelve el formulario por medio de correo electrónico, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguna persona a quien no se lo envió. Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar correo postal o fax.

SPANISH

Date complaint submitted:_____

Name of person submitting complaint:_____

Address:_____

Phone number:_____ Email: _____

☐ Prefer to remaining anonymous

☐ Please contact me

Note: Contact information is optional but is required if a response is desired.

Desired form of communication:_____

What days/times are most convenient for you to be contacted?

Day of the week: ☐ Monday ☐ Tuesday ☐ Wednesday ☐ Thursday ☐ Friday

Time of day (*8:00 a.m.-5:00 p.m.*): _____

Are you a Medicaid recipient? ☐ Yes ☐ No

Type of plan: _____

Date(s) of event:_____

Describe the event or situation that generated the complaint:

Describe the desired resolution:

Have you attempted to resolve this situation with any other organization?

Print Reset Submit