

Condado de Santa Barbara
Plan de Salud Mental
Reclamación



Por favor complete la parte superior de esta forma y envíela por correo a:

**Behavioral Wellness Asuntos para Beneficiarios
5385 Hollister Ave. Bldg. #14, Box 102
Santa Barbara, CA 93111**

Reclamación: Toma 90 días para su resolución. (Una reclamación es definida como una expresión de insatisfacción acerca de asuntos relacionados con servicios que han sido terminados, reducidos o que el nivel de cuidado previamente recibido haya sido cambiado. Título 9, Sección 1850.20)

Fecha: _____

Para: El Representante de Asuntos del Beneficiario.

Deseo presentar una queja sobre:

por las siguientes razones:

Estoy disponible para dar más información por teléfono o en persona.

Mi teléfono: _____

Numero de teléfono

Mi domicilio: _____

Dirección

Ciudad

Código Postal

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FECHA de NACIMIENTO: _____