



TEHAMA COUNTY HEALTH SERVICES AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES
ELIZABETH GOWAN, DIRECTOR
530-527-8491

Written Grievance, Appeal, or Expedited Appeal Form
Proceso para hacer una Queja, Apelaciones de Acción, o Apelación de Acción Acelerada

- Grievance Appeal Expedited Appeal
 Queja Apelaciones de Acción Apelación de Acción Acelerada

To: Quality Assurance Manager

Para: El Administrador de Calidad

Name: _____

Nombre: _____

Address: _____

Dirección: _____

Phone: _____

Telefono: _____

Grievance: _____

Queja: _____

What do you want to happen?
Qué quiere usted que pase? _____

Person you want to act on your behalf:
La persona que usted quiere que tome accion en su favor: _____

Signature: _____

Firma: _____

Date: _____

Fecha: _____

You have the right to have a say in your treatment. If you feel your rights have been violated or if you have any concerns about your treatment, please let us know by filling out one of our Complaint forms – or ask someone to assist you with filling out the form. Return the form to the Quality Assurance Manager in the envelope provided. You can give the envelope to any employee or mail it to P.O. Box 400 Red Bluff, CA 96080. Your opinion matters to us! All replies are kept confidential. State Fair Hearings are applicable to all Medi-Cal beneficiaries. Please see the Member Problem Solution Guide for an explanation of the grievance, appeal, and fair hearings processes.

Ud. tiene el derecho de su opinión en su tratamiento. Si siente que sus derechos han sido violados, por favor denos saber llenando una de nuestras formas de Apelació/Queja o preguntele a alguien que le ayude a llenar la forma. Regrese la forma al Administrador de Calidad en el sobre proporcionado. Puedes dar el sobre a cualquier empleado o mande por correo a P.O. Box 400 Red Bluff, CA 96080. ¡Su opinión es importante para nosotros! Todas las apelaciones son mantenidas confidenciales. Audiencias Justas Del Estado son aplicable a todos beneficiarios de Medi-Cal.