



Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación

Jenine Miller, Psy.D., Director of Behavioral Health
Providing Mental Health and Substance Use Disorders Treatment Services



Oficina de Ukiah: 1120 S. Dora St. • Ukiah • CA • 95482 • (707) 472-2300 • FAX (707) 472-2306
Oficina de Fort Bragg: Avila Center • 790-B S. Franklin St. • Fort Bragg • CA • 95437 • (707) 964-4747 • FAX (707) 961-2698
Willits Integrated Services Center: 221-B S. Lenore Ave • Willits • CA • 95490 • (707) 456-3850 • FAX (707) 456-3808

LEY DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MHSA) RESOLUCIÓN EDICIÓN PEDIDO

La Fecha de Hoy: _____ (El uso de la oficina - Fecha de recepción): _____

Le animamos a discutir cualquier tema acerca de sus servicios de salud mental con su proveedor de servicios. Sin embargo, puede presentar su preocupación por completar este formulario y enviarlo por correo.

Su Nombre:	
Su Fecha de Nacimiento:	
Su Número de Teléfono:	
Su Dirección:	
MHSA Proveedor:	

MHSA Edición a Resolver

(Por favor incluya fechas y nombres, si es posible; usa páginas adicionales si es necesario)

Fecha de la Edición:
Nombre de la Agencia Involucradas u Otro:
¿Que pasó?

(Otro Lado)

¿Qué te gustaría que la resolución sea?

¿A quién has hablado acerca de este problema?

You may authorize another person to act on your behalf, and this representative may use the Issue Resolution process if it is requested by you.

Con el fin de resolver esta edición, autorizo a la siguiente persona para actuar en mi nombre. (Por favor, escriba No aplicable si no tienes a nadie que actúe en su nombre):

Nombre y número de teléfono de su representante:	
---	--

También entiendo que el Coordinador MHSA, (o designado), estarán autorizados a ponerse en contacto con mi representante (como mencionado arriba) y La Agencia/Proveedor Registrado con el fin de resolver mi problema. El Coordinador MHSA también estará autorizado para discutir con el proveedor la información necesaria para evaluar y resolver mi problema. Si se asigna un representante, la autorización firmada de la Información (ROI) también es necesario.

X _____
Firma

Fecha

Cuando haya completado, firmado y fechado este formulario, por favor envíelo por correo a: **Behavioral Health & Recovery Services, Attn. Administrador del programa MHSA, 1120 S. Dora St., Ukiah, CA 95482.** Usted será notificado por correo electrónico de la resolución de su problema dentro de los 60 días del equipo MHSA recibirlo.

Si necesita más información sobre el proceso de resolución de emisión, por favor llame al Administrador del programa MHSA, Karen Lovato al 707-472-2342.