

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:** \_\_\_\_\_