



## FORMA DE QUEJA

Si Usted necesita ayuda llenando esta forma, Usted puede a contactar la Agencia del Municipio de Salud Mental (AMSM) y solicita ayuda de un empleo diferente del cual Usted se està quejando. Si Usted no desea quejarse a la Agencia del Municipio de Salud Mental, Usted puede quejarse a Greater Oregon Behavioral Health, Inc. (GOBHI) por escrito a 400 East Scenic Drive, Suite 2343, The Dalles, OR 97058 o por telèfono a 1-800-493-0040, TDD 1 (800) 399-7335.

Fecha \_\_\_\_\_ AMSM \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ OHP# \_\_\_\_\_  
Fecha de incidencia o denegado \_\_\_\_\_

¿Si es denegado, quisiera Usted continuar sus beneficios?   \_\_\_ Si    \_\_\_ No

¿Esta queja es urgente y Usted no puede esperar?   \_\_\_ Si    \_\_\_ No

Explique el motivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Queja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adjunte màs papel si es necesario.

¿En què manera, Usted quiere que nosotros tartemos esta situaciòn? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

-----**POR USO EN LA OFICINA SOLAMENTE**-----

Good Cause Exception:   \_\_\_ Yes    \_\_\_ No    Explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_