

FORMA DE QUEJAS / APELACIÓN

Envíela a:

Santa Barbara Regional Health Authority (SBRHA)

Departamento de Servicios Para Miembros

110 Castilian Drive

Fax: 805-685-2767

Goleta, CA 93117-3028

877-814-1861

Iniciativa de Salud de Santa Barbara (SBHI)

Nombre del Miembro:

Fecha de Nacimiento:

Numero de Seguro Social:

Domicilio:

Ciudad

Estado

Código

Teléfono:

Nombre del Proveedor:

Describa su queja / apelación. Por favor de proveer fechas, tiempos, lugares, y nombres. Si es necesario, use una segunda hoja o el trasero de esta pagina.

Firma de la persona que llenó esta forma:

Fecha:

Si usted no esta de acuerdo con la decisión que ha tomado la Autoridad Regional de Salud de Santa Barbara (SBRHA por sus siglas en Ingles) sobre una solicitud de servicio que se le ha negado, deferido, o modificado por el **proceso de apelación de Autorización Previa por parte de SBRHA**, usted puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial con el Departamento Estatal de Servicios Sociales en cualquier tiempo. Para pedir una Audiencia Estatal Imparcial, por favor llame al Departamento Estatal de Servicios Sociales al número (800) 952-5253. Envíe por correo su solicitud de Audiencia Estatal Imparcial a la dirección indicada abajo. Usted se puede representar por si mismo, por un consejero legal, por un amigo, o por cualquier otra persona que usted elija.

State Department of Social Services

State Hearing Division

PO Box 944243, Mail Station 19-37

Sacramento, CA 94244-2430