



COUNTY OF SAN LUIS OBISPO \* HEALTH AGENCY  
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

Michael Hill, Health Agency Director  
Anne Robin, LMFT Behavioral Health Director

# CONSUMER REQUEST FORM

- Complaint   
  2nd Opinion   
  Change Provider   
  Grievance   
  Appeal   
  Expedited Appeal

Date:	Clinic/Site Program:	DAS	MH
Name of Consumer:	Gender	Male	Female
Mailing Address:			
Phone (daytime):		Phone (evenings):	
Email Address:		Client No (if known):	
Name of person filling this form, if other than the consumer:			

Describe your circumstances regarding your request (if additional space is required please attach it hereto):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature of Person Completing this form: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### YOUR REQUEST WILL NOT BE HELD AGAINST YOU IN ANY WAY.

You may submit your completed form (your request) by mailing, faxing, using drop box at any site,(no postage necessary/self addressed envelopes are provided at all sites) or you can telephone your request . Upon receipt of your request you will be sent a written confirmation. Services in place at the time of the request will continue through to resolution.

Send To: Patients' Rights Advocate  
 Behavioral Health Services  
 2180 Johnson Avenue  
 San Luis Obispo, CA 93401  
 Ph.: 805-781-4738 Fax: 805-781-1232

*For Office Use Only Below This line*

Resolution/Action Taken by MH:

---

---

---

---

---

---

# CONSUMER REQUEST FORM PROTOCOLS & DEFINITIONS

---



You may submit your completed form (your request) by mailing, faxing, using drop box at any site, (no postage necessary/self-addressed envelopes are provided at all sites) or you can telephone your request. Upon receipt of your request you will be sent a written confirmation. Services in place at the time of the request will continue through to resolution.

## **Send to:**

Patients' Rights Advocate  
Behavioral Health Services  
2180 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, CA 93401  
Tel (805) 781-4738 Fax (805) 781-1232

**Complaints:** Complaints are referred to the appropriate supervisor and handled at that level. Complaints may be submitted by anyone.

**2nd Opinion:** If you have received a Notice of Adverse Benefit Determination stating that you do not meet Medical Necessity for treatment you may ask for a second opinion. You will be notified whether you will have another face to face evaluation or whether the second opinion will be made from materials already gathered. The matter will be concluded within 30 calendar days - from the day you filed.

**Change of Provider/Clinician:** You may request a change in doctor, therapist, case manager or clinic at any time. We will attempt to make changes when resources are available and when

appropriate. Your request will be handled quickly and will be resolved within 90 calendar days - from the date the change of provider is requested.

**Standard Appeal:** (Medi-Cal Recipients Only) Appeals are a request for a review of an MHP Action (any denial, limitation, reduction, or suspension of services, failures of Mental Health to provide services in a timely manner or act on Grievances or Appeals within established time frames). Appeal must be filed within 90 days from the receipt of the Notice of Adverse Benefit Determination or 90 days from the date the Notice of Action was mailed. Appeals are typically resolved within 30 calendar days.

**Expedited Appeal\*:** Choose this if a Standard Appeal time frame would place you at risk. Expedited Appeals are typically resolved within 72 hours; a 14 day extension may be put in place.

**Grievances:** A grievance is a beneficiary's verbal or written expression of dissatisfaction about any matter other than a matter covered by an appeal. If you are dissatisfied about the services or care you have received, you may file a grievance. Within one working day the Grievance Coordinator acknowledges receipt in writing to you. The matter will be resolved within 90 calendar days from the date the Grievance is filed. If the grievance regards a clinical issue, the decision maker must also be a healthcare professional with the appropriate clinical expertise in treating your condition. If the grievance is not a clinical issue appropriate staff are designated to render a decision. In either case, San Luis Obispo County Mental Health notifies you and the provider in writing of the decision. This notification ends the Grievance Process.

## **Fair Hearing & Expedited Fair Hearing:**

A Fair Hearing is an independent review of requests for Specialty Mental Health Services (SMHS) conducted by the California Department of Social Services to ensure beneficiaries receive the services to which they are entitled under the Medi-Cal program. A request for fair hearing is the final level of review for an Appeal. If your Appeal was not resolved completely in your favor, you will be given information about how to request a Fair Hearing.

The best way to ask for a hearing is to write to:

State Hearings Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-3  
Sacramento, CA 94244-2430

Another way to ask for a hearing is to call 1-800-952-5253.  
If you are deaf and use TDD,  
call 1-800-952-8349.

*\*Medi-Cal Recipients Only*

---



# FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CONSUMIDORES

- Quejas       Segunda Opinión       Cambio de proveedor/Clinico       Quejas Formales       Apelación Estándar       Apelación Acelerada

Fecha:	Clinica / Lugar del programa:	DAS	MH
Nombre de Consumidor:	Sexo	Masculino	Femenino
Domocilio:			
Telefono (de dia):	Teléfono (de noche):		
Correo Electronico:	Numero de Cliente (Si se conoce):		
Nombre de la persona completando esta forma, si es distinto al consumidor:			

Describir las circunstancias relacionadas con su solicitud (si necesita mas espacio, favor de sujetar a esta pagina):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma de la persona que rellenó este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SU SOLICITUD NO SE USARA EN SU CONTRA EN NINGUNA MANERA.**

Usted puede enviar su formulario completo (su solicitud) por correo, por fax, en las cajas disponibles en nuestras clinicas (no se necesitan estampillas de correo/ ya hay sobres dirigidos en todas las clinicas) o puede llamar por teléfono para pedir su solicitud. Al recibir su solicitud, se le enviará una confirmación por escrito. Los servicios ya en lugar en el momento de la solicitud continuarán hasta su resolución.

Enviar el formulario de solicitud completo a:

Patients' Rights Advocate  
 Behavioral Health Services  
 2180 Johnson Avenue  
 San Luis Obispo, CA 93401  
 Ph.: 805-781-4738 Fax: 805-781-1232

*Sólo para Uso Oficial debajo de esta línea*

Resolution/Action Taken by MH:

---

---

---

---

---

# CONSUMIDOR FORMULARIO DE SOLICITUD PROTOCOLOS & DEFINICIONES

---



Puede enviar su formulario completo (su solicitud) enviándolo por correo, por fax, utilizando las cajas disponibles en cada clínica (se ofrecen sobres postales ya con estampilla postal en todas las clínicas) o puede llamar por teléfono para hacer su petición. Al recibir su solicitud, se le enviará una confirmación por escrito. Los servicios en su lugar en el momento de la solicitud continuarán hasta su resolución.

## Enviar el formulario de solicitud completo a:

Patients' Rights Advocate  
Behavioral Health Services  
2180 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, CA 93401  
Tel (805) 781-4738 Fax (805) 781-1232

**Quejas:** Las quejas se remiten al supervisor apropiado y se manejan a ese nivel. Las quejas pueden ser presentadas por cualquier persona.

**Segunda Opinión:** Si ha recibido un Aviso de Determinación de Beneficios Adversos indicando que no cumple con la Necesidad Médica para el tratamiento, puede solicitar una segunda opinión. Se le notificará si va a tener otra evaluación cara a cara o si la segunda opinión se hará con los materiales ya reunidos. El asunto se concluirá en un plazo de 30 días de calendario - desde el día que usted presentó la solicitud.

**Cambio de Proveedor / Clínico:** Usted puede solicitar un cambio de médico, terapeuta, administrador de casos o clínica en cualquier momento. Intentaremos hacer cambios cuando los recursos estén disponibles y cuando sea apropiado. Su solicitud será tratada rápidamente y será resuelta dentro de 90 días de calendario - desde la fecha en que se solicita el cambio de proveedor.

**Apelación Estándar:** (Sólo Destinatarios de Medi-Cal) Las apelaciones son una solicitud de revisión de una Acción de MHP (cualquier denegación, limitación, reducción o suspensión de servicios, fallas de Salud Mental para proporcionar servicios de manera oportuna o actuar en Quejas o Apelaciones dentro de los plazos establecidos). La apelación debe presentarse dentro de los 90 días a partir de la recepción del Aviso de Determinación de Beneficio Adverso o 90 días a partir de la fecha en que se envió el Aviso de Acción. Las apelaciones normalmente se resuelven dentro de 30 días de calendario.

**Apelación acelerada \*:** Seleccione esta opción si un marco de tiempo de apelación estándar le pondrá en riesgo. Las apelaciones aceleradas normalmente se resuelven en un plazo de 72 horas; Una extensión de 14 días se puede poner en su lugar.

**Quejas:** Una queja es la expresión verbal o escrita de un beneficiario de insatisfacción sobre cualquier asunto que no sea un asunto cubierto por una apelación. Si no está satisfecho con los servicios o la atención que ha recibido, puede presentar una queja. Dentro de un día laboral, el Coordinador de Quejas le notificará el recibo por escrito. El asunto será resuelto dentro de 90 días de calendario a partir de la fecha en que se presenta la Queja. Si el agravio es por un problema clínico, el tomador de decisiones

también debe ser un profesional de la salud con la experiencia clínica adecuada para tratar su condición. Si el agravio no es una cuestión clínica, el personal apropiado es designado para tomar una decisión. En cualquier caso, Salud Mental del Condado de San Luis Obispo le notificará a usted y al proveedor por escrito de la decisión. Esta notificación finaliza el proceso de quejas.

## **Audiencia Imparcial y Audiencia Imparcial**

**Acelerada:** Una audiencia imparcial es una revisión independiente de las solicitudes de Servicios Especiales de Salud Mental (SMHS) realizadas por el Departamento de Servicios Sociales de California para asegurar que los beneficiarios reciban los servicios a los que tienen derecho bajo el programa Medi-Cal. Una solicitud de audiencia imparcial es el nivel final de revisión de una apelación. Si su apelación no se resolvió completamente a su favor, se le proporcionará información sobre cómo solicitar una audiencia imparcial.

La mejor manera de solicitar una audiencia es escribir a:

State Hearings Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-3  
Sacramento, CA 94244-2430

Otra forma de solicitar una audiencia es  
Llamando al: 1-800-952-5253.

Si usted es sordo y utiliza TDD,  
Llame al: 1-800-952-8349.

*\* Sólo los beneficiarios de Medi-Cal*