



## Formulario de queja y apelación

**Nombre del miembro** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Mejor medio para comunicarse** \_\_\_\_\_

**Tipo de solicitud (marque una opción):**     Queja             Apelación

Apelación acelerada (consulte el folleto informativo para obtener la definición de cada tipo)

**Mi problema o inquietud está relacionada con el siguiente programa o proveedor:** \_\_\_\_\_

**Describa el problema o la inquietud:**

---

---

---

---

---

---

---

---



**Lo que me gustaría que sucediera:**

---

---

---

Comprendo que no estaré sujeto a discriminación como resultado de la presentación de una queja o de la solicitud de una apelación o apelación estatal.

Firma del Miembro/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Autorizo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre  
(opcional) \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada si no firma del Miembro/tutor  
legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe el formulario completo en el sobre con franqueo pagado o envíelo por correo a la Oficina de Quejas/Apelaciones de BHS, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 o envíe un correo electrónico a

[BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org](mailto:BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org)