

**Forma de Petición de
Resolución a una Queja**
Grievance Resolution Request Form

Fecha:

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Fecha de nacimiento:

Mejor hora para llamarme:

Descripción de queja:

Lo que me gustaría que suceda:

Personal de tratamiento actual:

Quality Improvement Department
Santa Cruz County
Mental Health and Substance Abuse Services
PO Box 962
Santa Cruz, CA 95061



**Plan de Salud Mental
del Condado de Santa Cruz**

**PETICIÓN DE
RESOLUCIÓN A
UNA QUEJA**

GRIEVANCE RESOLUTION REQUEST



1-800-952-2335
Llamada gratuita,
se hablan varios idiomas

Servicios de Salud Mental
del Condado de Santa Cruz
Parte del Sistema de Cuidado de Salud Mental para
el Condado de Santa Cruz



