

**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:

Rev 10-2-17 v3

Quality Improvement Department
Santa Cruz County Behavioral Health Services
PO Box 962
Santa Cruz, CA 95061



**Salud del Comportamiento del
Condado de Santa Cruz**

**PETICIÓN DE
RESOLUCIÓN A
UNA QUEJA**

GRIEVANCE RESOLUTION REQUEST



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

Salud del Comportamiento del
Condado de Santa Cruz

Agencia de Servicios de Salud

