

Recepción de quejas del Programa de Servicios a la Infancia de California

Aviso de privacidad: Este formulario se utiliza para recolectar información personal de solicitantes, beneficiarios y o representantes de CCS que puedan tener una queja con el DHCS y los programas de CCS del condado. La información personal recolectada en este formulario es privada y confidencial y es solicitada por la División de Sistemas Integrados de Atención del DHCS y los programas CCS del condado. Toda información personal recolectada en este formulario por el DHCS está sujeta a las limitaciones establecidas en la Ley de Prácticas de Información ¹, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)² y otras políticas estatales. El DHCS no utilizará ni compartirá su información a menos que usted, o la persona a la que pertenece, lo autorice por escrito o de conformidad con la ley. La información solicitada es voluntaria. Los solicitantes, beneficiarios o representantes del CCS no deben facilitar información personal que no se solicite. Si no facilita toda la información solicitada, puede retrasarse el procesamiento y la resolución de su queja. El DHCS o los programas de CCS del condado pueden compartir o proporcionar cualquier información proporcionada en este formulario a personas y agencias que sean responsables o que puedan ayudar a resolver la queja. En la mayoría de los casos, las personas a las que se refiere esta información tienen derecho a acceder a ella. Para obtener más información u obtener acceso a los registros que contienen su información personal y que mantiene el Departamento, póngase en contacto con:

Integrated Systems of Care Division
Attn: County Compliance Unit
1501 Capitol Ave, MS 4502, PO Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437

El DHCS está autorizado a recolectar esta información conforme al Código de Bienestar e Instituciones de California (W&I, por sus siglas en inglés), Sección 14184.600(b).^{3,4,5} El DHCS también está autorizado a recolectar información personal para la administración del programa Medi-Cal.^{6,7} Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del DHCS, consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad⁸ y la Declaración de Política de Privacidad⁹ del DHCS.

Si desea obtener una copia impresa de la política y prácticas de privacidad de del DHCS, o desea presentar una queja, puede comunicarse con el encargado de privacidad del DHCS por correo, correo electrónico o teléfono:

¹ [Ley sobre prácticas de información](#)

² [HIPPA](#)

³ [Código W&I § 14184.600\(b\)](#)

⁴ [Salud y seguridad Código, § 123925](#)

⁵ [Programa CCS Proceso de quejas NL 06-1023 o cualquier NL que lo sustituya](#)

⁶ [Código civil § 1798.14](#)

⁷ [Código civil § 1798.15](#)

⁸ [Aviso sobre prácticas de confidencialidad](#)

⁹ [Declaración de política de confidencialidad](#)

Privacy Office
c/o: Data Privacy Unit
Departamento de Servicios de Atención Médica
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413

Correo electrónico: Incidents@dhcs.ca.gov
Teléfono: (916) 445-4646

El aviso de privacidad que aquí se proporciona es requerido por el Código Civil de California 1798.17.¹⁰

Instrucciones: Complete este formulario y adjunte toda la documentación de apoyo para presentar una queja. Las quejas pueden presentarse por teléfono, en persona o por escrito a través del correo electrónico o postal.

Incluya la siguiente información en el Formulario de Quejas:

1. Fecha de hoy
2. Número de identificación (ID) del beneficiario de CCS o número de índice de cliente (CIN, por sus siglas en inglés) del afiliado de Medi-Cal
3. Nombre completo del beneficiario de CCS
4. Fecha de nacimiento del beneficiario de CCS
5. Dirección del beneficiario de CCS
6. Ciudad y código postal del beneficiario de CCS
7. Número de teléfono del reclamante
8. Correo electrónico de la persona que presenta la queja
9. Nombre y apellidos del beneficiario o representante de CCS que presenta la queja
10. Relación de la persona que presenta la queja con el beneficiario de CCS
11. Fecha de la queja, si es diferente de la fecha actual
12. Quién estuvo implicado (si corresponde)
13. Lugar de la queja (si corresponde)
14. Naturaleza de la queja (hora, lugar, etc.)
Adjunte cualquier información adicional que pueda ser relevante para su queja.
15. Resolución solicitada, si corresponde (Opcional)

¹⁰ [Código Civil de California 1798.17](#)

Si necesita ayuda para presentar una queja, póngase en contacto con el programa CCS de su condado o con el DHCS de lunes a viernes, en horario laboral comercial habitual (excepto festivos en los que está cerrado). Las quejas pueden presentarse a través de:

Condados dependientes del modelo Classic y Whole Child			
Condado	Cómo presentar la solicitud	Entidad	Información de contacto
Alpine, Amador, Calaveras, Colusa, Del Norte, El Dorado, Glenn, Imperial, Inyo, Kings, Lake, Lassen, Madera, Mariposa, Modoc, Mono, Nevada, Plumas, San Benito, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yuba	Teléfono	DHCS	(916) 713-8300
	Correo electrónico	DHCS	CCSMonitoring@DHCS.ca.gov
	Correo	DHCS	División de Sistemas Integrados de Atención A la atención de: County Compliance Unit 1501 Capitol Ave, MS 4502, PO Box 997437 Sacramento, CA 95899-7437
	En persona	Oficina CCS del condado	Las direcciones de las oficinas de todos los condados se encuentran en la página web del DHCS ¹¹

Condados independientes del modelo Classic y Whole Child			
Condado	Cómo presentar la solicitud	Entidad	Información de contacto
Alameda, Butte, Contra Costa, Fresno, Humboldt, Kern, Los Ángeles, Marin, Mendocino, Merced, Monterey, Napa, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Ventura, Yolo	Por teléfono, correo electrónico, correo postal o en persona	Oficina CCS del condado	Las direcciones, los correos electrónicos y los números de teléfono de todas las oficinas del condado se encuentran en la página web del DHCS ¹²

¹¹ [Oficinas de los condados para los Servicios Infantiles de California](#)

¹² [Oficinas de los condados para los Servicios Infantiles de California](#)

Recepción de quejas del Programa de Servicios a la Infancia de California

Este formulario se utiliza para presentar una queja formal relativa a la insatisfacción con el programa CCS, excepto en los casos identificados en una Notificación de Acción.

1. Fecha de hoy	2. CCS ID/CIN del beneficiario	3. Nombre completo del beneficiario de CCS	
4. Fecha de nacimiento	5. Número de teléfono	6. Dirección de correo electrónico	
7. Dirección residencial		8. Ciudad	9. Código postal
10. Nombre completo de la persona que presenta la queja		11. Relación con el beneficiario de CCS <input type="checkbox"/> Solicitante/Beneficiario de CCS <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante autorizado	
Naturaleza de la queja			
12. Fecha de la queja	13. Quién estuvo implicado (si corresponde)	14. ¿Dónde tuvo lugar? (Si corresponde)	
15. Indique la naturaleza de la queja, los hechos, las horas, los lugares, etc. Adjunte cualquier información adicional que pueda ser relevante para su queja.			
16. Resolución solicitada (Opcional)			

Si el DHCS o el programa CCS del condado está completando este formulario para un solicitante, beneficiario o representante de CCS, complete lo siguiente:

Especifique el condado o el DHCS	Nombre del personal de CCS que completa este formulario
----------------------------------	---

Para completar por el DHCS o el programa CCS del condado

Nombre completo del representante responsable de resolver la queja	
Tipo de queja <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Expedido	¿Se trata de una queja de excepción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Motivo de la excepción	
Fecha de la resolución	
Descripción de la acción aplicada	
Fecha de envío de la notificación al solicitante, beneficiario o representante de CCS	

Para completar por el DHCS

¿Se aprueba la excepción?	¿Quién concedió la autorización?	Fecha de aprobación	Fecha de notificación al condado