# *Commonwealth of Massachusetts*

***Executive Office of Health and Human Services***

[www.mass.gov/masshealth](http://www.mass.gov/masshealth)

# Formulario de quejas para la Norma de servicios comunitarios

La Norma de servicios comunitarios del gobierno federal garantiza que los beneficiarios de la exención HCBS tengan acceso a los beneficios de vivir en la comunidad, y que vivan y reciban servicios en entornos integrados sin ser institucionalizados. Para obtener más información sobre la Norma de servicios comunitarios, visite [www.mass.gov/info-details/community-rule-grievance-process](https://www.mass.gov/info-details/community-rule-grievance-process---unpublished?auHash=TRKJDPgvy0kAdFROZCV225ibk-rvzi9OZtufd_-NSBU).

Complete este formulario para reportar un entorno que usted crea que no haya cumplido con la Norma de servicios comunitarios. Envíenos el formulario completado por correo electrónico a [CommunityRuleGrievance@mass.gov](mailto:CommunityRuleGrievance@mass.gov).

Si usted tiene preguntas o inquietudes, llámenos al (617) 573-1751.

## Información sobre el beneficiario de la exención

Los campos marcados con un asterisco \* son obligatorios.

Nombre y apellido\*

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)\*

Tipo de exención, si lo sabe. Marque uno.

Exención de Habilitación no residencial por ABI

Exención de Habilitación residencial por ABI

Exención para niños con autismo

Exención de Apoyos para adultos del DDS

Exención de Vida en la comunidad del DDS

Exención de Apoyos intensivos del DDS

Exención de Vida en la comunidad del MFP

Exención de Apoyos residenciales del MFP

Exención por Lesión cerebral traumática

Exención para Adultos mayores frágiles

ID de MassHealth (si lo sabe)

Método de comunicación.\* Elija uno.

☐ Teléfono. Número de teléfono:

☐ Correo electrónico. Dirección de correo electrónico:

☐ Otro. Describa:

Idioma hablado preferido

Idioma escrito preferido

## Información sobre la persona que presenta este formulario

Complete esta sección solamente si la persona que presenta este formulario no es la misma que el beneficiario de la exención.

Nombre y apellido\*

Número de teléfono\*

Correo electrónico\*

Relación con el beneficiario de la exención\*

¿Sabe el beneficiario de la exención que usted está presentando esta queja?\*  Sí  No

## Administrador de casos o Coordinador de servicios de Exención (si lo sabe)

Nombre

Agencia

Teléfono

Correo electrónico

## Entorno o lugar

Nombre del entorno o lugar que desea reportar\*

Dirección, ciudad o población\*

Descripción de la queja o del problema\*