# *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unpublished?auHash=TRKJDPgvy0kAdFROZCV225ibk-rvzi9OZtufd_-NSBU).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.

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\*