



Commonwealth of Massachusetts

Executive Office of Health and Human Services (EOHHS)

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.

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 _____

Número de 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* _____

[illegible]