ACUSE DE RECIBO
MANUAL DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE USO DE SUSTANCIAS
PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DEL PROGRAMA DE CUIDADO ADMINISTRADO

Al firmar este formulario, usted confirma que recibió una copia de nuestro Manual del Beneficiario de Servicios de Tratamiento de Uso de Sustancias (SUTS). Nuestro Manual del Beneficiario (SUTS) le brinda información sobre nuestros servicios de tratamiento del uso de sustancias, acceso a los servicios, sus derechos como beneficiario y el proceso de resolución del problema en caso de que no esté satisfecho con cualquier cosa relacionada con nuestros servicios. Por favor lea el manual cuidadosamente. Puede consultar a su proveedor o comunicarse con el Programa de Atención Administrada (siglas en inglés: MCP) de SUTS si tiene alguna pregunta con respecto a sus servicios.

Nuestro Manual de Beneficiarios (SUTS) está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro manual, publicaremos las revisiones en nuestras instalaciones de tratamiento y podrá obtener una copia cuando acuda a cualquiera de nuestras instalaciones de tratamiento para recibir servicios o tratamiento.

Por la presente, acuso recibo del Manual del Beneficiario (SUTS) de los Servicios de Salud Conductual del Condado de Santa Clara

Fecha: _____ Firma: _____
(Beneficiario / defensor del beneficiario)

Nombre: _____
(En imprenta por favor)

INCAPACIDAD PARA OBTENER EL ACUSE DE RECIBO
Esta parte debe completarse solo si no se puede obtener la firma. Si no es posible obtener el reconocimiento del beneficiario, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el reconocimiento y las razones por las cuales no se pudo obtener el reconocimiento.

_____
_____
_____
_____

Fecha: _____ Firma: _____
(Proveedor del tratamiento y título)

_____
(En imprenta por favor)