

Formulario de Queja/Apelación

Este formulario es para ayudarle a presentar una queja o apelación. Puede llenarlo y enviarnoslo. O puede escribir una carta e incluir esta información en dicha carta.

***Puede presentar una queja en cualquier momento.**

Debe presentar una apelación dentro de 60 días del calendario desde la fecha en la carta de denegación.

Envíe por correo este formulario o su carta dirigida a:

Western Sky Community Care
Attention: Grievances and Appeals
5300 Homestead Road NE
Albuquerque, NM 87110
Fax: 1-844-235-6050

ESCRIBA

Nombre del afiliado: _____

Núm. de identificación del afiliado: _____

Dirección postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número telefónico del afiliado: (_____) _____

Comparta la información que tiene sobre su (marque uno): Queja Apelación

Nombre del Representante (si nombró uno) _____

Firma del Afiliado / Representante: _____

Número Telefónico Diurno (_____) _____ Fecha _____