

California Children's Services Program Grievance Intake

Privacy Notice: This form is used to collect personal information from CCS applicants, beneficiaries, and/or representatives who may have a grievance with DHCS and county CCS programs. The personal information collected on and with this form is private and confidential and is requested by DHCS' Integrated Systems of Care Division, and county CCS programs. Any personal information collected on and with this form by DHCS is subject to limitations set forth in the Information Practices Act ¹, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)², and other state policy. DHCS will not use or share your information unless authorized by you, or by the individual to whom it pertains, in writing or as authorized by law. The requested information is voluntary. CCS applicants, beneficiaries, and/or representatives should not provide personal information that is not requested. If you do not provide all information requested, it may delay the processing and resolution of your grievance. DHCS and/or county CCS programs may share or provide any of the information provided on or with this form to individuals and agencies who are responsible or can assist with resolving the grievance. In most cases, the individual(s) to whom this information pertains has the right to access it. For more information or to obtain access to records containing your personal information maintained by the Department, contact:

Integrated Systems of Care Division
Attn: County Compliance Unit
1501 Capitol Ave, MS 4502, PO Box 997437
Sacramento, CA 95899-7437

DHCS is authorized to collect this information pursuant to California Welfare and Institutions (W&I) Code section 14184.600(b).^{3,4,5} DHCS is also authorized to collect personal information for the administration of the Medi-Cal program.^{6,7} For more information on DHCS' Privacy Practices, please review DHCS' Notice of Privacy Practices⁸ and Privacy Policy Statement⁹.

If you wish to obtain a paper copy of DHCS' privacy policy and practices, or wish to file a complaint, you may contact the DHCS privacy officer by mail, email, or telephone:

Privacy Office
c/o: Data Privacy Unit
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 4722
Sacramento, CA 95899-7413

Email: incidents@dhcs.ca.gov
Telephone: (916) 445-4646

¹ [Information Practices Act](#)

² [HIPPA](#)

³ [W&I Code § 14184.600\(b\)](#)

⁴ [Health & Saf. Code, § 123925](#)

⁵ [CCS Program Grievance Process NL 06-1023, or any superseding NL](#)

⁶ [Civ. Code, § 1798.14](#)

⁷ [Civ. Code, § 1798.15](#)

⁸ [Notice of Privacy Practices](#)

⁹ [Privacy Policy Statement](#)

The privacy notice provided here is required by California Civil Code 1798.17.¹⁰

Instructions: Complete this form and attach all supporting documentation to file a grievance. Grievances may be submitted over the telephone, in person, or in writing via email or mail.

Include the following information on the Grievance Form:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Today’s date 2. CCS beneficiary’s Identification Number (ID) or Medi-Cal Member’s Client Index Number (CIN) 3. CCS beneficiary’s full name 4. CCS beneficiary’s date of birth 5. CCS beneficiary’s residential address 6. CCS beneficiary’s city and zip code 7. Phone number of who is filing the grievance 8. Email of individual filing the grievance 9. Full name of CCS beneficiary and/or representative filing the grievance | <ol style="list-style-type: none"> 10. Relationship of individual filing the grievance, to CCS beneficiary 11. Date of grievance, if different than today’s date 12. Who was involved (If applicable) 13. Where did the grievance take place (If applicable) 14. Nature of the grievance, including the time, place, etc. Attach any additional information that may be relevant to your grievance. 15. Requested resolution, if any (Optional) |
|--|---|

Please contact your county CCS program or DHCS Monday – Friday, during standard business hours (except closed holidays) if you need help filing a grievance. Grievances may be filed through:

Classic and Whole Child Model Dependent Counties			
County	How to File	Entity	Contact Information
Alpine, Amador, Calaveras, Colusa, Del Norte, El Dorado, Glenn, Imperial, Inyo, Kings, Lake, Lassen, Madera, Mariposa, Modoc, Mono, Nevada, Plumas, San Benito, Sierra, Siskiyou, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne, Yuba	Phone	DHCS	(916) 713-8300
	Email	DHCS	CCSMonitoring@DHCS.ca.gov
	Mail	DHCS	Integrated Systems of Care Division Attn: County Compliance Unit 1501 Capitol Ave, MS 4502, PO Box 997437 Sacramento, CA 95899-7437
	In Person	County CCS Office	The addresses for all county offices are listed on the DHCS Web Page ¹¹

¹⁰ [California Civil Code 1798.17](#)

¹¹ [County Offices for California Children’s Services \(ca.gov\)](#)

Classic and Whole Child Model Independent Counties			
County	How to File	Entity	Contact Information
Alameda, Butte, Contra Costa, Fresno, Humboldt, Kern, Los Angeles, Marin, Mendocino, Merced, Monterey, Napa, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tulare, Ventura, Yolo	Phone, Email, Mail, or In Person	County CCS Office	The addresses, emails, and phone numbers for all county offices are listed on the DHCS Webpage ¹²

¹² [County Offices for California Children's Services \(ca.gov\)](https://www.dhcs.ca.gov/Programs/Pages/County-Offices-for-California-Children's-Services.aspx)

تلقى الشكاوى المتعلقة ببرنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا

صُمم هذا النموذج لتقديم شكوى رسمية بشأن عدم الرضا عن برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا، باستثناء الحالات المحددة في إشعار العمل.

1. تاريخ اليوم	2. رقم تعريف المستفيد من برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا/ رقم ملف العميل	3. الاسم الكامل للمستفيد من برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا
4. تاريخ الميلاد	5. رقم الهاتف	6. عنوان البريد الإلكتروني
7. عنوان السكن	8. المدينة	9. الرمز البريدي
10. الاسم الكامل للشخص مقدم الشكوى	11. العلاقة بالشخص المستفيد من برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا <input type="checkbox"/> متقدم للحصول على خدمات برنامج الأطفال في كاليفورنيا/ المستفيد منه <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> ممثل مفوض	
طبيعة الشكوى		
12. تاريخ الشكوى	13. من كان مشاركا؟ (إن وجد)	14. أين حدث الأمر؟ (إن وجد)
15. اذكر طبيعة الشكوى، والوقائع، والأوقات، والأماكن، وما إلى ذلك. أرفق أي معلومات إضافية قد تكون ذات صلة بشكواك.		
16. القرار المطلوب (اختياري)		

إذا كان برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا أو وزارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا يكمل هذا النموذج نيابة عن متقدم للحصول على خدمات برنامج الأطفال في كاليفورنيا و/أو مستفيد منه و/أو ممثل له، فيرجى ملء ما يأتي:

اسم موظف برنامج خدمات الأطفال في كاليفورنيا الذي أكمل هذا النموذج	حدد إما المقاطعة أو وزارة خدمات الرعاية الصحية
---	--

يكمل هذا الجزء وزارة خدمات الرعاية الصحية أو برنامج خدمات الأطفال في المقاطعة

الاسم الكامل للممثل المسؤول عن حل الشكوى

هل هذه شكوى استثنائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		نوع الشكوى <input type="checkbox"/> عادية <input type="checkbox"/> مستعجلة
سبب الاستثناء		
تاريخ القرار		
وصف الإجراء المتخذ		
تاريخ إرسال الإخطار إلى المتقدم للحصول على خدمات برنامج الأطفال في كاليفورنيا و/أو المستفيد منه و/أو الممثل له		

يكمل هذا الجزء وزارة خدمات الرعاية الصحية

هل تمت الموافقة على الاستثناء؟	من منح الموافقة؟	تاريخ الموافقة	تاريخ إخطار المقاطعة
--------------------------------	------------------	----------------	----------------------