



Hillsides

CREATING LASTING CHANGE

## Client Grievance Policy

It is the policy of Hillsides to treat all clients with fairness and professionalism and to strive for excellence in providing services to clients. Hillsides policy provides applicants, clients, and other stakeholders and their families or legal guardians with the opportunity to express a problem or grievance related to the quality of services. If you feel you have been treated unfairly, or unprofessionally or if you feel that your rights have been breached, the following procedure should be used.

Hillsides grievance procedure is designed to provide a means for those applying for Hillsides' services and clients receiving services to bring a grievance to the attention of Hillsides and to reach a speedy resolution. Hillsides has a strict policy prohibiting retaliation in any form against anyone who files a grievance.

Whether you choose to submit your grievance to a team member or anonymously, the information will be kept confidential. Only those who are necessary to the investigation of the grievance will be made aware of it. This could include the prospective department's grievance officer, supervisors that are related to the person/place/service that is involved in the grievance, and/or other staff members who may have been involved. Additionally, the grievance is stored in a confidential and locked file. Anyone who files grievance will be protected such that you will not be retaliated against for making the report.

A grievance is defined as any situation or condition that a client thinks is unfair, unjust or inequitable. In addition, if a client merely states they want to file a grievance, a grievance should be completed. To file a grievance please use the following steps:

For clients with The Los Angeles County Department of Mental Health, if you have a grievance, the concern can be discussed with a Hillsides staff or, you can file a grievance without any discussion on the LACDMH Patient Right's Office portal at <https://lacdmhpcg.powerappsportals.us/en-US> Grievance and appeal forms can be accessed at <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/#PRForms>

- 1 (a). If you have a grievance, the concern can be discussed with a Hillsides staff.  
Or

1(b). You can file a grievance without any discussion. Grievance forms can be found at the following

- The lobby of any Hillside site.
- On the computers assigned for client use. Please see desktop for grievance icon
- You can request the form from any Hillside staff.
- On our website at [www.Hillsides.org](http://www.Hillsides.org). Click "Grievance Form" on home page
- Grievance forms can be emailed to [compliance@hillsides.org](mailto:compliance@hillsides.org)
- Anonymous grievance forms may be mailed to 940 Ave 64 Pasadena, CA 91105. Attention to: QA/Compliance Department

\*Please note: If you decide to proceed with 1(a)-to speak to a Hillside staff to file a grievance and an agreement cannot be reached, please proceed with 1(b) to ensure the grievance moves forward.

- 2 Once notified in writing, Hillside will initiate an investigation within one business day and provide an acknowledgement to you within 7 days.
- 3 Hillside will report the outcome of the complaint investigation to you within 14 business days after the complaint is received.
- 4 If it has not been possible to gather the necessary information that would lead to a resolution by 14 business days, you will be notified and given an additional 30 days, by which a resolution or determination will be made.
- 5 If the matter has not been resolved to your satisfaction, you may choose to discuss your concerns with any supervisor.
- 6 If you continue to remain unsatisfied with the result or do not feel comfortable speaking with any supervisor, you may contact Hillside Compliance Director to further discuss the matter.
- 7 The Compliance Director will conduct a review of the matter and will respond to you in writing within 10 business days. The Compliance Department's decision and recommendations will be final.
- 8 A complaint can be filed with the Board of Behavioral Sciences (BBS), where the practitioner is licensed/registered, regarding the services received by the practitioner. This complies with AB 630, Chapter 229, Statutes of 2019 to provide this information to the clients who receive psychotherapy.

The Board of Behavioral Sciences receives and responds to complaints regarding service provided within the scope of practice of (marriage and family therapist, licensed educational psychologist, clinical social workers, or professional clinical counselors). You may contact the board on line at [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov), or by calling (916) 574-7830.

To file a complaint electronically: <http://www.breeze.ca.gov/datamart/mainMenu.do>

### Reporting and Procedure Form

This form is to be completed if you wish to make or file a grievance complaint. You may also ask someone else who is acting with your knowledge and consent to write or express the grievance. (You may file this report anonymously, without your name, however it may make it more difficult for Hillsides to address the matter.)

Date of Report: \_\_\_\_\_ Program or Location: \_\_\_\_\_

Name of Client: \_\_\_\_\_

Relationship to client: \_\_\_\_\_ Client name, if different from above: \_\_\_\_\_

Client Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_

Is this your first grievance regarding this incident? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Have you already spoken to a Hillsides staff about this? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

### Grievance Statement

When did the event or incident happen?

Specific date(s): \_\_\_\_\_

Time(s) if known: \_\_\_\_\_

List the names or names of all persons involved in the event or incident:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**State the event that prompted this complaint or grievance:**

(Include all relevant details that will help in the following up on this issue:

## This Section to be Completed by Staff

### Follow-Up Action Taken

Staff Assigned To Follow Up: \_\_\_\_\_ Date Assigned: \_\_\_\_\_

Supervisor/Manager Informed: \_\_\_\_\_ Date Informed: \_\_\_\_\_

Program: (see below) \_\_\_\_\_ Program Where Grievance Occurred (if different) \_\_\_\_\_

Person Marking Complaint: \_\_\_\_\_ (P1 Client) (P2 Family/Guardian) (P3 Other)

Complaint Code: (see below) \_\_\_\_\_

C1. Access to care (Ex: scheduling, waiting times, treatment delays returning calls)

C2. Personnel/Staff complaint (Ex: Rude, disrespectful, unfriendly or unsympathetic behavior)

C3. Complaints regarding treatment (Ex: quality of care or quality of treatment)

C4. Complaints regarding other administration or service problem

C5. Facilities

C6. Patient's rights

C7. Request to change providers (Ex: requesting another psychiatrist or other change of provider) C8.

Other (Explain)

**Additional Information Related to Grievance:** (Include interviews, documents, records, incident reports, videos, or film, etc.)

\_\_\_\_\_ Incident Report Written

\_\_\_\_\_ Incident Report Not Required

**Steps Taken:**

**Summary of Outcome/Conclusion:**

Resolution: \_\_\_\_\_ (F1: Resolved / F2: Unresolved / F3: Further action required / F4: Other)

**Recommendations/Action Taken:**

**Notified Complainant of Action Taken:** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print name:** \_\_\_\_\_

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Supervisor Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Program Manager Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_



Hillsides

CREATING LASTING CHANGE

## Póliza de Quejas Del Cliente

La póliza de Hillsides es tratar a todos los clientes con equidad y profesionalismo y esforzarse por la excelencia en la prestación de servicios a los clientes. La póliza de Hillsides brinda a los solicitantes, clientes y otras partes interesadas y sus familias o tutores legales la oportunidad de expresar un problema o una queja relacionada con la calidad de los servicios. Si siente que ha sido tratado de manera injusta o no profesional o si considera que se han violado sus derechos, se debe utilizar el siguiente procedimiento.

El procedimiento de quejas de Hillsides está diseñado para proporcionar un medio para aquellos que solicitan los servicios de Hillsides y los clientes que reciben servicios para presentar una queja a Hillsides y alcanzar una resolución rápida. Hillsides tiene una póliza estricta que prohíbe las represalias en cualquier forma contra cualquier persona que presente una queja.

Si decide presentar su queja a un miembro del equipo o anónimamente, la información se mantendrá confidencial. Sólo aquellos que son necesarios para la investigación de la queja serán hechos conscientes de ello. Esto podría incluir el monitor de quejas del departamento prospectivo, supervisores que están relacionados con la persona/lugar/servicio que está involucrado en la queja, y/u otros miembros del personal que hayan sido implicados. Además, la queja es almacenado en un archivo confidencial y cerrado con llave. Cualquier persona que presenta una queja será protegida de tal manera que no se le tomará represalias por haber hecho el informe.

Una queja se define como cualquier situación o condición que un cliente piensa que es injusta e inequitativa. Además, si un cliente simplemente declara que quiere presentar una queja, debería ser completado. Para presentar una queja, por favor siga la siguiente manera:

Para los clientes del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, si tienen una queja, la inquietud se puede discutir con el personal de Hillsides o pueden presentar una queja sin ninguna discusión en el portal de la Oficina de Derechos del Paciente de LACDMH en <https://lacdmhpcg.powerappsportals.us/en-US> Se puede acceder a los formularios de quejas y apelaciones en <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/#PRForms>

1(a). Si usted tiene una queja, la queja puede ser discutida con un empleado de Hillsides.

o

1(b). Puede presentar una queja sin cualquier discusión. Los formularios de quejas se pueden encontrar en los siguientes:

- El vestíbulo de cualquier sitio de Hillsides.
- En las computadoras asignadas para el uso del cliente. Por favor, consulte el “desktop” para el icono de quejas.
- Puede solicitar el formulario de cualquier personal de Hillsides.
- En nuestro sitio web en [www.Hillsides.org](http://www.Hillsides.org). Haga clic en "formulario de quejas" en la página principal
- Los formularios de quejas se pueden enviar por correo electrónico a [compliance@hillsides.org](mailto:compliance@hillsides.org)
- Formularios de quejas anónimos se pueden enviar por correo a 940 Ave 64 Pasadena, CA 91105. Atención a: Departamento de Control de Calidad/Cumplimiento

\*Favor de notar: Si decide proceder con 1(a) para hablar con algún personal de Hillsides a presentar una queja y no se puede llegar a un acuerdo, por favor continúe con 1(b) para asegurarse de que la queja se mueve hacia adelante.

2. Una vez notificado por escrito, Hillsides iniciará una investigación dentro de un día hábil y le proporcionarán un reconocimiento dentro de 7 días.
3. Hillsides reportará el resultado de la investigación de la queja a usted dentro de 14 días hábiles después de que se reciba la queja.
4. Si no ha sido posible recopilar la información necesaria que llevaría a una resolución durante 14 días hábiles, usted será notificado y dado un plazo adicional de 30 días, por lo que una resolución o decisión se tomará.
5. Si el asunto no ha sido resuelto a su satisfacción, usted puede decidir discutir sus preocupaciones con cualquier supervisor.
6. Si sigue insatisfecho con los resultados o no se siente cómodo hablando con cualquier supervisor, puede ponerse en contacto con el Director de Cumplimiento de Hillsides para discutir el asunto.
7. El Director de Cumplimiento realizará una revisión del asunto y le responderá por escrito dentro de los 10 días hábiles. La decisión y las recomendaciones del Departamento de Cumplimiento serán definitivas.
8. Se puede presentar una queja ante la Junta de Ciencias del Comportamiento, donde el profesional de salud mental tiene licencia o está registrado, con respecto a los servicios recibidos por el profesional. Esto cumple con AB 630, Capítulo 229, Estatutos de 2019 para brindar esta información a los clientes que reciben psicoterapia.



La Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a las quejas sobre el servicio prestado dentro del alcance de la práctica de (terapeuta matrimonial y familiar, psicólogo educativo con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede comunicarse con la junta en línea en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov), o llamando al (916) 574-7830.

Para presentar una queja electrónicamente:  
<http://www.breeze.ca.gov/datamart/mainMenu.do>

Continúe en la página siguiente para obtener el formulario

## Formulario de Reportes y Procedimientos

Este formulario es para completarse si desea hacer o presentar una queja o denuncia. También puede pedir a alguien que está actuando con su conocimiento y consentimiento para escribir o expresar la queja. (Usted puede presentar este informe anónimamente, sin embargo, puede ser más difícil para Hillsides abordar el tema.)

Fecha de Reporte: \_\_\_\_\_ Programa o Locación: \_\_\_\_\_

Nombre de Cliente: (Apellido, nombre): \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente, si es diferente del anterior: \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente:  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Es esta su primera queja con respecto a este incidente? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

¿Ya ha hablado con un personal de Hillsides sobre esto? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

### Declaración de Queja

¿Cuándo ocurrió el evento o incidente?

Fecha(s) específico: \_\_\_\_\_

Tiempo (Si se conoce): \_\_\_\_\_

Enumere el nombre o los nombres de todas las personas involucradas en el evento o incidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declara el evento o incidente que se le solicite esta queja o un reclamo:**

(Incluye todos los detalles pertinentes que ayudaran en el seguimiento sobre este tema):

## Esta sección debe ser completada por personal

### Follow-Up Action Taken

Staff Assigned To Follow Up: \_\_\_\_\_ Date Assigned: \_\_\_\_\_

Supervisor/Manager Informed: \_\_\_\_\_ Date Informed: \_\_\_\_\_

Program: (see below) \_\_\_\_\_ Program Where Grievance Occurred (if different) \_\_\_\_\_

Person Marking Complaint: \_\_\_\_\_ (P1 Client) (P2 Family/Guardian) (P3 Other)

Complaint Code: (see below) \_\_\_\_\_

C1. Access to care (Ex: scheduling, waiting times, treatment delays returning calls)

C2. Personnel/Staff complaint (Ex: Rude, disrespectful, unfriendly or unsympathetic behavior)

C3. Complaints regarding treatment (Ex: quality of care or quality of treatment)

C4. Complaints regarding other administration or service problem

C5. Facilities

C6. Patient's rights

C7. Request to change providers (Ex: requesting another psychiatrist or other change of provider) C8.

Other (Explain)

**Additional Information Related to Grievance:** (Include interviews, documents, records, incident reports, videos, or film, etc.)

\_\_\_\_\_ Incident Report Written \_\_\_\_\_ Incident Report Not Required

**Steps Taken:**

**Summary of Outcome/Conclusion:**

Resolution: \_\_\_\_\_ (F1: Resolved / F2: Unresolved / F3: Further action required / F4: Other)

**Recommendations/Action Taken:**

**Notified Complainant of Action Taken:** Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print name:** \_\_\_\_\_

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Supervisor Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Program Manager Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

