FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA CONTRA EL GOBIERNO

Inland Empire Health Plan

Quejas por daños contra el Gobierno

Si desea presentar una queja por daños contra Inland Empire Health Plan ("IEHP") conforme a la Ley de Quejas contra el Gobierno de California (Código de Gobierno, secciones 900–935.6), su queja debe hacerse por escrito y entregarse en persona o enviarse por correo a:

Secretary to the Governing Board
Inland Empire Health Plan
10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730

De conformidad con la sección 915(a) del Código de Gobierno, las quejas deben presentarse mediante entrega en persona o por correo postal de los Estados Unidos al Secretario de la Junta Directiva. IEHP no acepta quejas por daños contra el Gobierno enviadas por medios electrónicos. Las quejas enviadas por correo electrónico, fax, formulario en línea u otro medio electrónico no se considerarán recibidos para los fines de la Ley de Quejas contra el Gobierno.

Si tiene preguntas sobre el proceso de quejas, puede comunicarse con el Departamento Legal por correo electrónico a legal@iehp.org. Tenga en cuenta que enviar preguntas al Departamento Legal no constituye la presentación de una queja.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Domicilio postal	Ciudad	Estado	Código postal

DOMICILIO PARA NOTIFICACIONES (si es diferente del anterior)

Proporcione el domicilio y el número de teléfono a donde desea que se envíen las notificaciones o comunicaciones sobre esta queja, si son diferentes de los que anotó arriba (p. ej., de su abogado o representante autorizado)

Nombre	Número de teléfono

Domicilio postal	Ciudad	Estado	Código postal

INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA

Nombre de los empleados o departamentos de IEHP involucrados, si los conoce:	
Fecha del incidente (mm/dd/aaaa)	Lugar del incidente

Descripción específica del daño o la lesión (describa la naturaleza y el alcance del daño o la lesión):

_____

_____

_____

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA CONTRA EL GOBIERNO

Inland Empire Health Plan

Inland Empire Health Plan — Formulario para presentar una queja contra el Gobierno (continuación)

Circunstancias que causaron el daño o la lesión:

_____

_____

_____

INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA (continuación)

Monto de la queja en dólares:

☐ Limitado ($25,000 o menos) ☐ No limitado (más de $25,000)

☐ Monto reclamado (obligatorio si es de $10,000 o menos)_____

Fundamento o cálculo del monto reclamado (obligatorio si es de $10,000 o menos):

AVISO Y FIRMA

Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de California, que la información anterior es verdadera y correcta, y que soy el reclamante o estoy autorizado para actuar en nombre del reclamante. Entiendo que presentar una queja falsa o fraudulenta es una violación de la ley de California y puede dar lugar a sanciones penales.

Firma	Fecha

Nombre en letra de imprenta

Nota: Adjunte a su queja copias de cualquier documento que lo respalde (p. ej., expedientes médicos, fotografías, recibos). No envíe documentos originales. IEHP no se hace responsable de los documentos originales enviados con una queja.

©2026 Inland Empire Health Plan. A Public Entity. Todos los Derechos Reservados. MS_26_9418434_SP