**فرم اعلام عدم رضایت یا درخواست بررسی مجدد از طرف مشتری**

اگر با خدمات سلامت روانی مخصوص **بیماران سرپایی** مشکلی دارید، با مرکز خدمات مشتریان بخش آموزش و توصیه پزشکی (CCHEA) **تماس بگیرید** یا این فرم را از طریق ایمیل ارسال کنید.

نام:

آدرس پستی:

شماره تلفن:

ایمیل (اختیاری):

درباره مشکلتان برایمان توضیح دهید (در صورت نیاز به فضای بیشتر از پشت صفحه استفاده کنید):

پاکتی حاوی آدرس مشخص شده ارائه شده است که می توانید این فرم را در آن بگذارید و برای CCHEA پست کنید.

**Consumer Center for Health Education and Advocacy**

**1764 San Diego Avenue, Suite 200**

**San Diego, CA 92110**

**با شماره** 3258-734-877-1 **تماس بگیرید**

**عدم رضایت یا درخواست بررسی مجدد چیست؟**

* **"عدم رضایت"** به ***هرگونه*** اظهار نارضایتی درباره خدمات گفته می شود.
* در صورت عدم پذیرش، کاهش یا توقف ارائه خدمات مورد تأیید از طرف طرح سلامت ذهنی، می توانید **"درخواست بررسی مجدد"** ارائه کنید.
* اگر ارائه دهنده تان تأیید کند که زمان انتظار استاندارد برای بررسی مجدد ممکن است زندگی، سلامت یا توانایی شما در انجام امور را به خطر بیندازد، می توانید **"درخواست بررسی مجدد تسریع شده"** ارائه کنید.

**اعلامیه برنامه:**  این فرم شکایت باید بدون پرسش از پرسنل در اختیار افراد قرار بگیرد. این فرم اعلام عدم رضایت و کارهای اجرایی مربوطه ممکن است با هیچ روند درونی رسیدگی به نارضایتی یا شکایت در برنامه جایگزین نشود.