

نموذج التظلم أو الاستئناف الذي قدمه العميل

إذا كنت تواجه مشكلة في خدمات الصحة النفسية للمرضى الخارجيين أو تعاطي المخدرات، فيرجى الاتصال Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCEA) أو إرسال هذا النموذج عبر البريد (ستتوفر أطرف معنونة باسم المرسل وتتاح على البرنامج الذي تتلقى الخدمات من خلاله).

<u>لإرسال تظلم أو استئناف عبر الهاتف، يرجى الاتصال بالأرقام:</u> 1-877-734-3258 <i>نوصي العملاء بشدة بالاتصال للحصول على خدمة أسرع</i>	<u>لإرسال عبر البريد، أرسل إلى:</u> Consumer Center for Health Education and Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
---	--

ما التظلم أو الاستئناف؟	
"الاستئناف" إجراء يمكن اتخاذه عند رفض السماح بالخدمات أو تقليصها أو إيقافها. "الاستئناف العاجل" إجراء يمكن اتخاذه عندما ترى أنت أو مقدم الخدمة لديك أن الجدول الزمني المحدد للاستئناف المعتاد قد يعرض حياتك أو صحتك أو أداءك الوظيفي للخطر.	"التظلم" هو تعبير عن الاستياء تجاه شيء يخص صحتك النفسية أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات.

نحتاج إلى التمكن من التواصل معك لتقديم المساعدة.

يُرجى تقديم المعلومات التي من شأنها تيسير تواصلنا معك حتى بعد مغادرتك هذه المنشأة.

الاسم		عنوان البريد	
رقم الهاتف		البريد الإلكتروني	
أفضل طريقة للتواصل	☐ الهاتف ☐ البريد ☐ البريد الإلكتروني		

اكتب أدناه اسم البرنامج/المنشأة التي ترسل تظلمك أو استئنافك بشأنها
أخبرنا عن مشكلتك أدناه (استخدم ظهر النموذج إذا كنت بحاجة لمساحة إضافية)

PROGRAM NOTICE: This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

FOR OFFICE USE ONLY: Date Received _____

تتبع مقاطعة سان دييغو قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والمتعلقة بالولاية ولا تقوم بالتمييز على نحو غير قانوني ضد أشخاص أو استبعادهم أو معاملتهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو السلالة أو اللون أو الدين أو الأسلاف أو الأصل القومي أو تحديد المجموعة العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. هل ترى أنك تعرضت للتمييز أو الإقصاء أو المعاملة المختلفة بناءً على أي من الفئات المحمية المذكورة أعلاه أثناء حصولك على خدمات الصحة النفسية أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات؟
☐ نعم ☐ لا
(إذا كان الجواب بنعم، فيرجى التوضيح أدناه)

توقيع العميل	التاريخ	
--------------	---------	--

في حال إكمال هذا النموذج عن طريق الممثل المفوض نيابة عن العميل، فيرجى إكمال البيانات التالية:

اسم الممثل المفوض	التاريخ	
توقيع الممثل المفوض	علاقته بالعميل	

لمزيد من المعلومات حول عملية التظلمات والاستئنافات، اطلب نسخة من دليل عضو الصحة السلوكية المتكاملة (DMC-ODS & SMHS) على البرنامج/المنشأة التي تتلقى خدماتك من خلالها.

تتاح هذا المعلومات إلكترونياً أيضاً على الرابط التالي:

https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html