

客戶申訴或上訴表

如果您遇到門診心理健康或物質使用疾患服務的問題，請致電Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCHEA)或郵寄此表單（向您提供服務的計劃處應提供回郵信封）。

<u>要透過郵寄提出申訴或上訴，請寄送至：</u> Consumer Center for Health Education and Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110	<u>要透過電話提出申訴或上訴，請致電：</u> 1-877-734-3258 <i>強烈建議客戶選擇致電方式以獲得更快的服務</i>
--	--

什麼是申訴或上訴？	
「申訴」是針對心理健康或物質使用疾患服務的任何事項感到不滿意的一種表達方式。	「上訴」可以在服務授權被拒絕、減少或停止時提出。 「加急上訴」可以在您或您的提供者證明標準上訴時間表會嚴重危及您的生命、健康或功能能力時提出。

我們需要能夠聯絡到您以便提供協助。

請提供即使在您已離開機構後我們也能輕鬆聯絡到您的資訊。

姓名		郵寄地址	
電話號碼		電郵	
最佳聯絡方式	☐ 電話 ☐ 郵寄 ☐ 電郵		

請在下方列出您要對其提出申訴或上訴的計劃/機構的名稱
請在下方說明您的問題（需要更多空白時請使用表單背面）

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 _____

聖地牙哥郡遵守州和聯邦民權法，不會因性別、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族裔群體認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法歧視、排斥他人或區別對待。

您是否認為自己在接受心理健康或物質使用疾患服務時，受到了基於以上任何受保護類別的歧視、排斥或區別對待？

☐是 ☐否

(如為是，請在下方說明)

客戶簽名		日期	
------	--	----	--

如果是授權代表正在為客戶填寫此表單，請在下方填寫：

授權代表姓名		日期	
授權代表簽名		與客戶的關係	

有關申訴和上訴流程的更多資訊，請在向您提供服務的計劃/機構處索取一份**綜合行為健康會員手冊**（DMC-ODS 和 SMHS）。

以下連結也提供此資料的電子版本：

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