

고객 민원 또는 이의 제기 양식

외래 환자의 정신 건강 또는 약물사용 장애 서비스에 문제가 있는 경우 이 양식을 사용해 Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCHEA)(으)로 전화하거나 우편을 보내주시기 바랍니다(주소가 적힌 봉투는 서비스를 받는 프로그램에서 제공됩니다).

우편 제출을 원하시는 경우 다음 주소로 보내시면 됩니다. Consumer Center for Health Education and Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110	전화로 민원 또는 이의 제기 시 다음으로 전화하시면 됩니다. 1-877-734-3258 <i>더 빠른 서비스 요청을 위해 전화로 문의하실 것을 강력히 권장합니다.</i>
---	--

민원 또는 항소 제기가 무엇입니까?	
“민원” 은 정신 건강 또는 약물사용장애 서비스와 관련된 모든 사항에 대한 불편 사항을 제기하는 것입니다.	“이의 제기” 란 서비스 승인의 거부, 축소, 중단 시 취할 수 있는 조치입니다. “신속 이의 제기” 란 표준 이의 제기 일정이 귀하의 생명, 건강, 업무 능력에 심각한 위험을 초래할 수 있음을 귀하 또는 귀하의 의료 서비스 제공자가 증명 가능할 때에 취할 수 있는 조치입니다.

도움을 드리기 위해 귀하에게 연락드릴 수 있습니다.

이 시설 이외에도 쉽게 연락드릴 수 있는 정보를 제공해 주시기 바랍니다.

이름		우편 주소	
전화번호		이메일	
선호 연락 방식	☐ 전화 ☐ 우편 ☐ 이메일		

민원 또는 이의 제기를 희망하는 프로그램/시설의 이름을 아래에 기재해 주시기 바랍니다

하단에 문제를 기술해 주시기 바랍니다(추가 공간이 필요할 시 양식 뒷면 사용)

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 _____

샌디에이고 카운티는 주 및 연방 시민법을 따라 생물학적 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신국, 민족집단 정체성, 연령, 정신 장애, 신체 장애, 의학적 질환, 유전 정보, 결혼 유무, 사회적 성별, 성 정체성 또는 성적 지향성을 이유로, 비합법적인 방식으로 이러한 자들을 차별 또는 배제하거나, 이러한 자를 다르게 대우하지 않습니다.

정신 건강 또는 약물사용 장애와 관련된 서비스를 받으시는 동안 위의 보호 대상 등급 중 하나에 따른 차별, 배제, 다른 대우를 받으셨다고 생각하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

(예인 경우, 아래에 설명해 주십시오)

--

고객 서명		날짜	
----------	--	----	--

고객의 위임 대리인(AR)이 이 양식을 작성할 시 하단 사항을 작성해 주시기 바랍니다.

위임 대리인 이름		날짜	
위임 대리인 서명		고객과의 관계	

민원 및 이의 제기 절차에 대한 자세한 사항은 서비스를 받으시는 프로그램/시설에서 **통합 행동 보건 회원 안내서(DMC-ODS & SMHS)** 사본을 요청하시기 바랍니다.

이 정보는 다음 링크에서 전자적으로도 확인하실 수 있습니다:

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