

فرم شکایت یا درخواست تجدیدنظر مراجعه‌کننده

اگر درمورد خدمات سلامت روان یا اختلال مصرف مواد مخدر سرپایی خود مشکلی دارید، از طریق شماره تلفن زیر با Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCEA) تماس بگیرید یا این فرم را پست کنید (پاکت‌های نشانی‌دار در برنامه‌ای که از آن خدمات دریافت می‌کنید، در دسترس شما قرار خواهد گرفت).

برای ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر از طریق تلفن، با این شماره تماس بگیرید: 1-877-734-3258 ما قویاً مراجعه‌کنندگان را به تماس برای بهره‌مندی از خدمات سریعتر دعوت می‌کنیم	برای ثبت از طریق پست، به این نشانی ارسال کنید: Consumer Center for Health Education and Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
---	---

شکایت یا درخواست تجدیدنظر چیست؟	
«درخواست تجدیدنظر» زمانی که مجوز خدمات رد شود، کاهش یابد یا متوقف شود، می‌توان این درخواست را داد. «درخواست تجدیدنظر تسریع‌شده» زمانی می‌تواند ارائه شود که شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما تأیید کنید که جدول زمانی استاندارد تجدیدنظر می‌تواند جان، سلامت یا توانایی عملکرد شما را به‌طور جدی به خطر بیندازد.	«شکایت» ابراز نارضایتی از هر چیزی درخصوص خدمات سلامت روان یا اختلال مصرف مواد مخدر است.

ما نیاز داریم تا برای ارائه کمک بتوانیم با شما تماس بگیریم.
 لطفاً اطلاعاتی ارائه دهید که حتی پس از ترک این مرکز، تماس با شما را برای ما آسان کند.

	نشانی پستی		نام
	ایمیل		شماره تلفن
☐ تلفن ☐ نشانی پستی ☐ ایمیل			بهترین روش تماس

نام برنامه/مرکزی را که درمورد آن شکایت یا درخواست تجدیدنظر دارید در زیر فهرست کنید
مشکل خود را در زیر با ما در میان بگذارید (در صورت نیاز به فضای بیشتر، از پشت فرم استفاده کنید)

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 _____

شهرستان سن دیگو از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می کند و به دلیل جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، ملیت، هویت گروه قومی، سن، معلولیت ذهنی، معلولیت جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، گرایش جنسی، هویت یا گرایش، به طور غیرقانونی افراد را مورد تبعیض، محرومیت یا رفتار متفاوت با آنها قرار نمی دهد.

آیا بر این باورید که در هنگام دسترسی به خدمات سلامت روان یا اختلال مصرف مواد، بر اساس هر یک از طبقات محافظت شده فوق، مورد تبعیض، محرومیت یا رفتار متفاوتی قرار گرفته اید؟

☐ بله ☐ خیر

(اگر پاسختان بله است، لطفاً در پایین توضیح دهید)

امضای مراجعه کننده:	تاریخ	
------------------------	-------	--

اگر این فرم توسط نماینده مجاز (AR) مشتری تکمیل می شود، لطفاً موارد زیر را تکمیل کنید:

نام نماینده مجاز	تاریخ	
امضای نماینده مجاز	رابطه با مراجعه کننده	

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند شکایت و تجدیدنظر، یک نسخه از کتابچه راهنمای جامع سلامت رفتاری اعضا (DMC-ODS & SMHS) را از برنامه/مرکزی که از آن خدمات دریافت می کنید، درخواست کنید.

این اطلاعات به صورت آنلاین نیز در پیوند زیر در دسترس

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