

MẪU ĐƠN KHÁNG CÁO HOẶC KHIẾU NẠI DÀNH CHO KHÁCH HÀNG

Nếu bạn gặp vấn đề với các dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất kích thích **NỘI TRÚ/TAM TRÚ**, vui lòng gọi the Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Program hoặc gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện (phong bì ghi sẵn địa chỉ sẽ được cung cấp tại chương trình mà bạn đang nhận dịch vụ).

<u>Để nộp qua đường bưu điện, vui lòng gửi đến:</u> Jewish Family Service of San Diego Joan & Irwin Jacobs Campus Turk Family Center Community Services Building 8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123	<u>Để nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo qua điện thoại, vui lòng gọi:</u> 619-282-1134 or 1-800-479-2233 <i>Chúng tôi đặc biệt khuyến khích khách hàng gọi điện để được phục vụ nhanh hơn</i>
---	---

KHIẾU NẠI HOẶC KHÁNG CÁO LÀ GÌ?

“Khiếu nại” là thể hiện sự không hài lòng về bất cứ điều gì liên quan đến dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất kích thích của bạn.	“Kháng cáo” có thể được thực hiện khi việc cho phép sử dụng dịch vụ bị từ chối, giảm bớt hoặc ngừng. “Kháng cáo cấp tốc” có thể được thực hiện khi bạn hoặc nhà cung cấp của bạn chứng nhận rằng tiến trình kháng cáo tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của bạn.
---	---

Chúng tôi cần có thể liên hệ với bạn để hỗ trợ.

Vui lòng cung cấp thông tin giúp chúng tôi dễ dàng liên hệ với bạn ngay cả sau khi bạn rời khỏi cơ sở này.

Tên		Địa chỉ gửi thư	
Số điện thoại		Email	
Phương pháp liên hệ thuận tiện nhất	☐ Số điện thoại ☐ Gửi thư ☐ Email		

Hãy liệt kê tên chương trình/cơ sở mà bạn đang nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo vào khung bên dưới

Hãy ghi rõ cho chúng tôi biết về vấn đề của bạn vào khung bên dưới (sử dụng mặt sau của biểu mẫu nếu cần thêm chỗ trống)

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

Quận San Diego tuân thủ luật dân quyền của Bang và Liên bang và không phân biệt đối xử trái với pháp luật, không loại trừ hoặc đối xử khác biệt với các cá nhân do giới tính, sắc tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, quốc gia, nhận dạng dân tộc thiểu số, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật cơ thể, tình trạng bệnh tật, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hay xu hướng tình dục.

Bạn có tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt do thuộc bất kỳ nhóm nào được bảo vệ ở trên khi tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất kích thích không?

☐ Có ☐ Không

(Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới)

Chữ ký khách hàng		Ngày	
--------------------------	--	-------------	--

Nếu mẫu đơn này được hoàn thành bởi người đại diện được ủy quyền (AR) cho khách hàng, vui lòng điền vào bên dưới:

Tên đại diện được ủy quyền		Ngày	
Chữ ký đại diện được ủy quyền		Mối quan hệ với khách hàng	

Để biết thêm thông tin về Quy trình Khiếu nại và Kháng cáo, vui lòng yêu cầu một bản sao **Sổ tay Sức khỏe Hành vi Tích hợp dành cho Thành viên (DMC-ODS & SMHS)** tại chương trình/cơ sở mà bạn đang nhận dịch vụ.

Thông tin này cũng có sẵn dưới dạng điện tử tại liên kết sau:

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