

نموذج تظلم أو التماس

استخدم هذا النموذج إذا كنت:

- 1) ترغب في أن تعرب عن عدم الرضا عن أي جانب من جوانب علاجك من خدمات الصحة السلوكية. وهذا ما يسمى **التظلم**.
 - 2) ترغب في تقديم التماس بشأن قرار رفض أو تأخير أو تقليل خدمات و/أو الحد من خدماتك المُخولة مسبقاً. وهذا ما يسمى **التماس**.
- يمكنك استخدام الأظرف المعنونة مسبقاً المتوفرة بجانب هذه النماذج لتقديم التظلم/الالتماس الخاص بك. للإعراب عن مدى عدم رضاك بدون إكمال أو تقديم نموذج، يمكنك التحدث إلى ممثل مُقدم الخدمة أو رئيس الخدمات أو مدير البرنامج في هذا الموقع، أو يمكنك الاتصال بإدارة وقسم تحسين جودة الخدمات على الأرقام 3074 - 308 (866) أو لضعاف السمع 3073 - 308 (866).

معلومات العميل:

اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

المدينة، _____ الولاية، _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف: _____ - _____ (_____) رقم التأمينات الاجتماعية: _____ - _____

معلومات البرنامج:

اسم البرنامج حيث يتلقى العميل الخدمات؟ _____

عنوان البرنامج: _____

المدينة، _____ الولاية، _____ الرمز البريدي: _____

إذا كنت تملأ هذا النموذج لتقديم تظلم، يرجى وصف مخاوفك أو سبب عدم رضاك بإيجاز.

إذا كنت تملأ هذا النموذج لتقديم التماس، يرجى الإجابة عما يلي:

هل تلقيت إشعاراً بقرار سلبي يتعلق بالمخصصات (Notice Of Adverse Benefit Determination, NABD)؟ _____ لا _____ نعم

التاريخ: _____

إذا كنت تعتقد أن التأخير من شأنه أن يسبب مشاكل خطيرة مع صحتك النفسية، بما في ذلك مشاكل تتعلق بقدرتك على اكتساب، والحفاظ على أو استعادة وظائف مهمة في الحياة، يمكنك طلب الحصول على التماس مُعجل، والذي يتعين البت فيه خلال 72 ساعة. هل ترغب في طلب التماس مُعجل؟ _____ لا _____ نعم

يرجى تحديد السبب: _____

إذا كنت تملأ هذا النموذج، ولم تكن العميل الذي يتلقى الخدمات. ما هي علاقتك بالعميل؟ _____

العلاقة _____ اسمك _____

رقم هاتفك: _____ - _____ (_____)

توقيع العميل أو الممثل المفوض _____ التاريخ _____