Cơ Quan Y Tế, Dịch Vụ Sức Khoẻ Tâm Thần
Văn Phòng Thẩm Quyền và Nâng Cao Chất

Thông Tin Được Bảo Mật Của Bệnh Nhân
W & O 5328 CFR 42 Phần

ĐƠN THAN PHIỀN HOẶC KHIẾU NẠI

Hãy dùng đơn này nếu quý vị:

1) Muốn bày tỏ việc không hài lòng với bất kỳ điều gì trong việc chữa trị của Dịch Vụ Sức Khoẻ Tâm Thần. Điều này gọi là Than Phiền. 2) Muốn khiếu nại về một quyết định từ chối, trì trệ, cắt giảm và/hoặc giới hạn dịch vụ đã được thông qua trước đây cho quý vị. Điều này gọi là Khiếu Nại.

Quý vị có thể dùng phong bì đã có sẵn địa chỉ kèm theo đơn này để nộp hồ sơ khiếu nại / than phiền của mình. Nếu quý vị muốn bày tỏ sự không hài lòng mà không muốn điền và nộp đơn, quý vị có thể nói chuyện với đại diện của nhà cung cấp dịch vụ, Dịch Vụ Trưởng hoặc Giám Đốc Chương Trình của địa điểm này, hoặc có thể gọi Văn Phòng Thẩm Quyền và Nâng Cao Chất Lượng Dịch Vụ qua số (866) 308-3074 hoặc (866) 308-3073 dành cho TDD.

Thông Tin Về Bệnh Nhân:

Tên Bệnh Nhân:_____ Ngày Sinh: _____
Địa Chỉ: _____
Thành Phố, Tiểu Bang, Bưu Mã: _____
Điện Thoại: (___) – _____ Số An Sinh Xã Hội: _____–_____–_____

Thông Tin Về Chương Trình:

Tên của chương trình mà bệnh nhân hưởng dụng dịch vụ? _____
Địa Chỉ của chương trình:_____
Thành Phố, Tiểu Bang, Bưu Mã của chương trình:_____

Nếu quý vị điền đơn này để nộp hồ sơ than phiền, xin vui lòng trình bày ngắn gọn về sự quan ngại hoặc không hài lòng của quý vị.

_____

_____

Nếu quý vị điền đơn này để nộp hồ sơ khiếu nại, xin vui lòng trả lời những câu hỏi dưới đây:

Quý vị đã nhận được Thông Báo Về Quyết Định Cắt/Giảm Phúc Lợi (NABD) chưa?
____CHƯA NHẬN ____ĐÃ NHẬN NGÀY NHẬN_____

Quý vị có thể yêu cầu xin điều trần khẩn, phải quyết định trong vòng 72 giờ, nếu quý vị tin rằng sự trì hoãn sẽ gây ra những vấn đề nghiêm trọng cho sức khoẻ tâm thần của mình bao gồm khả năng đạt được, duy trì hoặc lấy lại những chức năng sinh hoạt quan trọng. Quý vị có muốn yêu cầu điều trần khẩn không? **___KHÔNG ____CÓ**

Xin vui lòng cho biết lý do chi tiết:

_____

_____

Nếu quý vị điền đơn này nhưng không phải là người đang hưởng dụng dịch vụ, vậy quý vị có mối liên hệ gì với bệnh nhân?

Liên hệ _____ Tên họ _____

Số điện thoại _____

_____ _____
Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện được uỷ quyền Ngày ký