

فرم شکایت یا درخواست تجدیدنظر مراجعه‌کننده

اگر در مورد خدمات سلامت روان یا اختلال مصرف مواد مخدر **بستری/اقامتی** خود مشکلی دارید، از طریق شماره تلفن زیر با the Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Program تماس بگیرید یا این فرم را پست کنید (پاکت‌های نشانی‌دار در برنامه‌ای که از آن خدمات دریافت می‌کنید، در دسترس شما قرار خواهد گرفت).

<p>برای ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر از طریق تلفن، با این شماره تماس بگیرید: 619-282-1134 or 1-800-479-2233</p> <p>ما قویاً مراجعه‌کنندگان را به تماس برای بهره‌مندی از خدمات سریعتر دعوت می‌کنیم</p>	<p>برای ثبت از طریق پست، به این نشانی ارسال کنید: Jewish Family Service of San Diego Joan & Irwin Jacobs Campus Turk Family Center Community Services Building 8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123</p>
---	--

شکایت یا درخواست تجدیدنظر چیست؟	
<p>«درخواست تجدیدنظر» زمانی که مجوز خدمات رد شود، کاهش یابد یا متوقف شود، می‌توان این درخواست را داد.</p> <p>«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.</p>	<p>«شکایت» ابراز نارضایتی از هر چیزی درخصوص خدمات سلامت روان یا اختلال مصرف مواد مخدر است.</p>

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
<input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> نشانی پستی <input type="checkbox"/> ایمیل			بهترین روش تماس

نام برنامه/مرکزی را که در مورد 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 سن‌دیگو از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند و به‌دلیل 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، به‌طور غیرقانونی افراد را مورد تبعیض، محرومیت یا رفتار متفاوت با آنها قرار نمی‌دهد.

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

بله خیر

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

--

	تاریخ		امضای مراجعه‌کننده:
--	-------	--	------------------------

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

	تاریخ		نام نماینده مجاز
	رابطه با مراجعه‌کننده		امضای نماینده مجاز

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 می‌کنید، درخواست کنید.

این اطلاعات به‌صورت آنلاین نیز در پیوند زیر در دسترس است:

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