

投訴和申訴程序與申請表



若您對於心理健康服務有任何疑慮或問題，或者有任何不滿，心理健康計畫 (MHP) 會設法以最快的速度、最簡便的方式予以解決。您或您的代表可以透過口頭或書面方式向醫師/醫療機構提出投訴或申訴，也可以致電 1(800) 779-0787 與消費者協助辦事處聯絡。請利用隨附的投訴或申訴申請表提出投訴或請求申訴。您不會因為提出投訴或申訴而遭受歧視或任何其他處罰。

投訴是指針對您的心理健康專科服務表達不滿，且不滿事由不屬於下文所述申訴與加州公平聽證會程序的管轄範圍。可以提出投訴的事由有：服務照護品質、人際關係(例如員工態度不佳)等。**提出投訴的步驟如下：**

- 以口頭或書面方式提出投訴。口頭投訴之後不需補遞投訴表。您可以授權他人代表您處理相關事宜。
- 您會收到一份投訴收訖確認書。
- MHP 接獲投訴後，可以在 60 天內完成審查，並且以書面方式將決議告知您或您的代表。
- 若您要求延長審理時間，或 MHP 認為需要更多資訊且延期對您有利，則您最多可以申請延長 14 個曆日。
- 您隨時可以提出投訴。

申訴則是要求覆核 MHP 或醫師/醫療機構的決議 (修改或否決您所提出之心理健康專科服務 (SMHS)，和/或減少、暫停或終止原授權服務)。寄送或面交您的**受理通知 (NOA)** 中，會就 MHP 針對您的心理健康專科服務所做出之決議加以說明。您不一定會收到 NOA。**提出申訴的步驟：**

- 在 NOA 所載日期起 90 天內透過面談、致電、書面方式提出申訴。若透過面談或電話提出申訴，必須補遞一份簽名的申訴表。若未收到 NOA，即無送件期限；這也意味著您隨時可以提出申訴。您可以授權他人代表您處理相關事宜。
- 只要您在 NOA 寄出或面交後 10 天內提出申請，則在申訴審理完畢之前，您應享有的福利不受影響。
- 您會收到一份申訴收訖確認書。
- MHP 接獲申訴後，可以在 45 天內完成審查，並且以書面方式將決議告知您或您的代表。
- 若您要求延長審理時間，或 MHP 認為需要更多資訊且延期對您有利，則您最多可以申請延長 14 個曆日。

~翻頁~



若您認為等候 45 天可能會影響您的生活、健康或是達到、維持或恢復最大機能的能力，可以要求**加快申訴**。若 MHP 認為您符合加快申訴條件，MHP 會在收到加快申訴後 3 個工作天內做出決議。**提出加快申訴的步驟：**

- 在受理通知 (NOA) 所載日期起 90 天內透過面談、致電、書面方式提出申訴。以口頭或面談方式提出的加快申訴申請不需補遞申訴表。您可以授權他人代表您處理相關事宜。
- 只要您在 NOA 寄出或面交後 10 天內提出申請，則在加快申訴審理完畢之前，您應享有的福利不受影響。
- 您會收到一份加快申訴收迄確認書。
- MHP 接獲加快申訴後，可以在 3 天內完成審查，並且以書面方式將決議告知您或您的代表。
- 若您要求延長審理時間，或 MHP 認為需要更多資訊且延期對您有利，則您最多可以申請延長 14 個曆日。
- 若 MHP 認為您不符合加快申訴條件，則會立即口頭告知您，並在 2 個曆日內送出通知書。倘若如此，您的申訴就必須按照標準申訴流程進行。

如果您已完成 MHP 的投訴和/或申訴程序，但無法獲得滿意的結果，您有權要求舉行**加州公平聽證會**，這是由加州社會服務局所進行的獨立審查。每份受理通知書 (NOA) 均隨附一份加州公平聽證會申請表；您必須在收到 NOA (以郵戳日期為憑) 或 MHP 將 NOA 面交您後 90 天內提交申請表。無論是否收到 NOA，您皆可要求舉行公平聽證會。您必須在 NOA 寄出或面交您當天起十 (10) 天內或服務變更生效日前申請舉行聽證會 (以日期較晚者為準)，否則在等候聽證會期間將無法繼續獲得同樣的服務。您也可以透過下列方式申請舉行加州公平聽證會：致電 1(800) 952-5253、傳真至 (916) 651-5210 或 (916) 651-2789，或是寫信至下列地址：

Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430.

如需關於投訴或申訴程序的詳細資訊，請向醫師/醫療機構索取一份 **Medi-Cal 心理健康服務指南**。填寫表格時如有疑問或需要協助，請向您的醫師/醫療機構洽詢或致電：

消費者協助專線：1(800) 779-0787



酒精、藥物與心理健康服務
 MANUEL J. JIMENEZ, JR. 主任，婚姻與家庭治療碩士

Quality Assurance Office
 Consumer Assistance
 2000 Embarcadero Cove, Suite 400
 Oakland, California 94606
 (510) 567-8100 / 聽障專線 (510) 567-6884
 免付費專線：1 (800) 779-0787
 傳真：(510) 639-1346

投訴或申訴申請表

本表用於提出投訴或申訴。填寫表格時如需相關協助，可以向您的醫師/醫療機構洽詢，也可以致電消費者協助專線 (800) 779-0787 或病患權益專線 (510) 835-2505。除本表之外，您還必須提交一份簽名的機密資訊披露授權書。您可以將投訴或申訴申請表交給您的醫師/醫療機構 (心理健康醫師、個案經理、臨床醫師、計畫督導等)，也可以直接郵寄至消費者協助辦事處，地址是：2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。本申請表雙面皆須填寫完整。

我想要提出：(請選擇一項) 投訴 申訴

如果您要申請加快申訴 (請參閱加快申訴條件)，請勾選此處

請務必填寫您的地址和電話號碼。我們需要利用這項資訊與您聯絡，以便將投訴或申訴結果告知您。請以正楷填寫：

您的姓名：_____

您的地址：_____

日間聯絡電話：_____ 出生日期：_____

上述號碼是否允許留言？ 是 否

目前的醫師/醫療機構：_____

您的代理人 (如果有)：_____

代理人的地址：_____

代理人的日間聯絡電話：_____

~翻頁~



請回答下列問題， 如有必要可增加頁數。

您要投訴/申訴的問題是什麼？ _____

您試過哪些解決問題的方法？ _____

您希望如何解決？ _____

消費者 (或消費者的代理人) 簽名 _____

日期 _____

您不會因為提出投訴或申訴而遭受歧視或任何其他處罰。我們會遵守州法和聯邦法保障您的隱私權。您可以在完成投訴或申訴程序之後要求舉行加州公平聽證會。



酒精、藥物與心理健康服務
MANUEL J. JIMENEZ, JR. 主任，婚姻與家庭治療碩士

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / 聽障專線 (510) 567-6884
免付費專線：1 (800) 779-0787
傳真：(510) 639-1346

機密資訊披露授權書
(本表格雙面皆須填寫完整)

消費者的姓氏 名字 中間名 出生日期

街道地址 城市 郵遞區號 日間聯絡電話

本人 (下方署名者) 謹此授權以下個人/機構披露本人的機密資訊 (包括醫療和精神科記錄)：

醫師姓名/醫療機構名稱 電話

街道地址 城市/州 郵遞區號 傳真號碼 (如果知道)

收信人： ACBHCS – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

披露目的須以解決本人提出之投訴或申訴為限。本人另授權前述個人/機構在必要之情況下提供本人機密資訊的副本。

本授權以下列範圍為限 (請勾選其中一項)：

- 所有醫療記錄
- 僅限 _____ 到 _____ 之間的治療相關記錄
- 僅限於因下列症狀或外傷而住院及治療

的相關記錄： _____

僅限下列特定資訊： _____

~翻頁~



如未採取合理之行動，下方署名者得隨時撤銷本同意授權，如未提前撤銷，本同意授權亦會在同意日期起六 (6) 個月後終止。簽名者得以書面或口頭告知消費者協助辦事處的方式撤銷本披露同意書。

消費者、法定監護人、代理人 (請圈選其中一項) 簽名

日期

見證人簽名

日期

嚴禁獲授權者披露任何醫療記錄資訊，惟在披露目的中有間接說明者除外。