

روند (مراحل) و فرم (ورقه) شکایت و درخواست تجدید نظر



اگر مسئله یا مشکلی وجود دارد یا از خدمات سلامت روانی (صحت روانی) خود راضی نیستید، برنامه سلامت روانی یا پلان صحت روانی (ایم ایچ پی MHP) می خواهد اطمینان حاصل کند که نگرانی شما به سرعت و بسادگی برطرف شود. شما یا نماینده شما می توانید بصورت شفاهی یا کتبی شکایت یا درخواست تجدیدنظر را به ارائه کننده خدمات خود یا دفتر کمک رسانی اعضا (دفتر کمک به مصرف کننده ها) در شماره (800) 779-0787 1 تسلیم کنید. برای تسلیم شکایت یا درخواست تجدیدنظر از فرم درخواست شکایت و تجدیدنظر پیوست (ضمیمه) استفاده نمایید. شما به دلیل شکایت یا دادن درخواست تجدیدنظر مورد هیچگونه تبعیض یا مجازاتی قرار نخواهید گرفت.

یک شکایت به معنی اظهار نارضایتی درباره هر آنچیز است که با خدمات تخصصی سلامت روانی (صحت روانی) ارتباط داشته و شامل موضوعاتی نباشد که در روندهای تجدیدنظر و رسیدگی عادلانه ایالتی در ذیل شرح داده شده باشند. از نمونه های شکایت می توان به این موارد اشاره کرد: کیفیت مراقبت و خدمات ارائه شده، جنبه های ارتباطات شخصی - مانند بد رفتاری کارمندان و غیره

مراحل تسلیم شکایت:

- شکایت را بصورت شفاهی یا کتبی تسلیم کنید. نیازی به پیگیری کتبی شکایت های شفاهی نیست. شما می توانید یک نفر دیگر را تعیین کنید تا به نمایندگی از شما اقدام کند.
- شما یک تایید کتبی وصول شکایت خود را دریافت خواهید کرد.
- ایم ایچ پی / MHP از زمان دریافت شکایت شما، برای بررسی آن و اعلام کتبی تصمیم به شما یا نماینده شما (۶۰) روز فرصت دارد.
- این مهلت زمانی بنا بر تقاضای شما و یا در صورتی که ایم ایچ پی / MHP احساس کند به معلومات بیشتری نیاز دارد، و این تاخیر به نفع شما میباشد، تا (۱۴) روز تقویمی تمدید شده میتواند.
- شما می توانید در هر زمانی که مایل باشید، شکایت کنید.

درخواست تجدیدنظر تقاضائی است برای بررسی یک تصمیم اتخاذ شده توسط ایم ایچ پی / MHP یا ارائه کننده خدمات شما، که یک خدمت سلامت روانی (صحت روانی) تخصصی (ایس ایم ایچ ایس / SMHS) درخواست شده را تغییر داده یا رد می کند و یا یک خدمت تایید شده قبلی را کاهش، تعلیق، یا خاتمه می دهد. تصمیم اتخاذ شده توسط ایم ایچ پی / MHP درباره خدمات سلامت (صحت) روانی تخصصی شما ممکن است در یک نامه **اطلاعیه اقدامات (این او ای/ NOA)** که برای شما ارسال شده یا شخصاً به شما داده شده است، تشریح شده باشد. شما همیشه یک اطلاعیه اقدامات دریافت خواهید کرد.

مراحل تسلیم درخواست تجدیدنظر:

- شما ظرف مدت (۹۰) روز از تاریخ یک اطلاعیه اقدامات می توانید درخواست تجدید نظر خود را شخصاً، از طریق تلفن و یا کتبیاً تسلیم دهید. اگر درخواست تجدید نظر خود را شخصاً و یا از طریق تلفن می دهید، باید آنرا با ارسال یک نسخه کتبی امضا شده درخواست تجدید نظر نیز تعقیب کنید. اگر یک اطلاعیه اقدامات دریافت نکرده اید، هیچ مهلت زمانی برای تسلیم درخواست وجود ندارد؛ بنابراین می توانید در هر زمان که مایل بودید درخواست دهید. شما می توانید یک نفر دیگر را تعیین کنید تا به نمایندگی از شما اقدام کند.
- اگر درخواست تجدیدنظر را ظرف مدت (۱۰) روز از تاریخ پست شدن یا تحویل اطلاعیه اقدامات داده باشید، می توان در صورت درخواست، مزایای شما را تا زمانی که به تجدیدنظر رسیدگی می شود، ادامه داد.
- شما یک تایید کتبی وصول درخواست تجدید نظر دریافت خواهید کرد.
- ایم ایچ پی / MHP از زمان دریافت شکایت شما، برای بررسی آن و اعلام کتبی تصمیم به شما یا نماینده شما (۴۵) روز فرصت دارد.

~پشت صفحه~



- این مهلت زمانی بنا بر تقاضای شما و یا در صورتی که ایم ایچ پی / MHP احساس کند به معلومات بیشتری نیاز دارد، و این تاخیر به نفع شما میباشد، تا (۱۴) روز تقویمی تمدید شده میتواند.

یک **تجدیدنظر فوری** را زمانی می توان درخواست کرد که بر این باور باشید که انتظار (۴۵) روزه باعث به خطر افتادن جان، سلامتی، یا توانایی شما در کسب، حفظ یا کسب مجدد حداکثر فعالیت می گردد. اگر ایم ایچ پی / MHP موافق باشد که درخواست شما با شرایط تجدید نظر فوری مطابقت دارد، ظرف مدت (۳) روز کاری پس از دریافت درخواست تجدیدنظر فوری، به آن رسیدگی خواهد کرد.

مراحل تسلیم درخواست تجدیدنظر فوری:

- شما ظرف مدت (۹۰) روز از تاریخ یک اعلامیه اقدامات می توانید درخواست تجدیدنظر فوری خود را شخصاً، از طریق تلفن و یا کتباً تسلیم دهید. در مورد درخواست های شفاهی و حضوری برای تجدید نظر فوری نیازی به ارسال کتبی نیست. شما می توانید یک نفر دیگر را تعیین کنید تا به نمایندگی از شما اقدام کند.
- اگر درخواست تجدید نظر را ظرف مدت (۱۰) روز از تاریخ پست شدن یا تحویل اطلاعیه اقدامات داده باشید، می توان در صورت درخواست، مزایای شما را تا زمانی که به تجدیدنظر رسیدگی می شود، ادامه داد.
- شما یک تایید کتبی وصول درخواست تجدید نظر دریافت خواهید کرد.
- ایم ایچ پی / MHP از زمان دریافت درخواست تجدید نظر فوری شما، برای بررسی آن و اعلام کتبی تصمیم به شما یا نماینده شما (۳) روز فرصت دارد.
- این مهلت زمانی بنا بر تقاضای شما و یا در صورتی که ایم ایچ پی / MHP احساس کند به معلومات بیشتری نیاز دارد، و این تاخیر به نفع شما میباشد، تا (۱۴) روز تقویمی تمدید شده میتواند.
- اگر ایم ایچ پی / MHP تشخیص دهد که درخواست تجدید نظر شما واجد شرایط استفاده از روند تجدید نظر فوری نیست، آنها مراتب را فوراً بصورت شفاهی و ظرف مدت (۲) روز تقویمی بصورت کتبی به شما اعلام خواهند کرد. درخواست تجدید نظر شما سپس روند تجدید نظرهای عادی را طی خواهد کرد.

اگر روال (مراحل) شکایت و یا تجدید نظرخواهی ایم ایچ پی / MHP را طی کرده باشید و مشکل به نحو رضایت بخش برطرف نشده باشد، شما حق استفاده از **رسیدگی عادلانه ایالتی** را خواهید داشت، که یک بررسی مستقل توسط سازمان خدمات اجتماعی کالیفرنیا می باشد. فرم درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی در هر اطلاعیه اقدامات گنجانده شده است؛ شما باید ظرف مدت (۹۰) روز از تاریخ نشان پست یا روزی که ایم ایچ پی / MHP اطلاعیه اقدامات را حضوراً به شما تحویل داده است، درخواست خود را بدهید. شما چه یک اطلاعیه اقدامات دریافت کرده باشید و چه آنرا دریافت نکرده باشید، می توانید درخواست رسیدگی عادلانه بنمائید. برای اینکه خدمات قبلی شما در زمان انتظار برای رسیدگی حفظ شوند، باید ظرف مدت ده (۱۰) روز از تاریخ پست شدن یا تحویل حضوری اطلاعیه اقدامات یا قبل از تاریخ اجرائی تغییر خدمات، هر کدام که دیرتر بود، درخواست رسیدگی نموده باشید. برای درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی همچنین می توانید با شماره تلفن 1(800) 952-5253 تماس بگیرید، به شماره (916) 651-5210 یا (916) 651-2789 فکس ارسال نموده و یا درخواست کتبی خود را به این نشانی بفرستید:

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

برای کسب معلومات بیشتر درباره روند (مراحل) شکایت و درخواست تجدید نظر، لطفاً یک نسخه (کاپی) از راهنمای خدمات سلامت روانی (صحت روانی) میدیکال / Medi-Cal را از ارائه کننده خدمات خود بخواید. برای مطرح ساختن سوالات و یا دریافت کمک در زمینه تکمیل فرم ها می توانید از ارائه کننده خود بپرسید یا با این شماره تماس بگیرید:

بخش کمک رسانی اعضا (شعبه کمک به مصرف کننده ها): 1(800) 779-0787



ALCOHOL, DRUG & MENTAL HEALTH SERVICES
MANUEL J. JIMENEZ, JR. MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
Embarcadero Cove, Suite 400 2000
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
تلفن رایگان: (800) 779-0787 1
فکس: (510) 639-1346

شکایت یا درخواست تجدید نظر

این فرم (فورمه) برای شکایت یا درخواست تجدید نظر مورد استفاده قرار میگیرد. اگر برای تکمیل این فرم نیاز به کمک داشته باشید، می توانید از ارائه کننده خود درخواست کمک کنید یا با شماره (800) 779-0787 بخش کمک رسانی اعضا (شعبه کمک به مصرف کننده ها) یا شماره (510) 835-2505 بخش حقوق بیماران تماس بگیرید. **یک/چهاره نامه امضا شده ارائه اطلاعات محرمانه باید همراه این فرم ارسال گردد.** فرم شکایت یا درخواست تجدید نظر را می توانید به ارائه کننده خود (پزشک (داکتر)، مدیر پرونده (دوسیه)، کارشناس بالینی (معالج)، ناظر برنامه یا سوپروایزر پروگرام و غیره) ارسال کرده یا آنرا مستقیماً به بخش کمک رسانی اعضا در این نشانی پست کنید:
2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606
لطفاً هر دو سمت این فرم را پر کنید.

من مایل به ثبت این درخواست هستم: (یک مورد را انتخاب کنید) شکایت تجدید نظر

اگر می خواهید درخواست تجدیدنظر شما با استفاده از روند تجدید نظر فوری مورد رسیدگی قرار گیرد اینجا را علامت بزنید (نشانی کنید) (شرایط مربوط به تجدیدنظر فوری را ملاحظه کنید)

نشانی (درس) و شماره تلفن شما مهم است. برای اینکه بتوانیم نتیجه شکایت یا درخواست تجدیدنظر را به شما اعلام کنیم به این اطلاعات نیاز داریم. **لطفاً با حروف درشت و واضح بنویسید:**

اسم شما: _____

نشانی (درس) شما: _____

شماره تلفن شما برای تماس در طول روز: _____ تاریخ تولد: _____

آیا می توانیم در شماره فوق برای شما پیام بگذاریم؟ بله خیر

ارائه کننده کنونی خدمات: _____

اگر قابل اجرا باشد، شخص نماینده شما: _____

نشانی ایشان: _____

شماره تلفن ایشان برای تماس در طول روز: _____

~پشت صفحه~



لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید: در صورت نیاز برگه های اضافی را ضمیمه کنید.

مشکل چیست؟

چه اقدامی برای رفع مشکل انجام داده اید؟

چه راه حلی مد نظر شماست؟

امضای عضو (یا نماینده عضو)

تاریخ

به دلیل شکایت یا دادن درخواست تجدیدنظر مورد هیچگونه تبعیض یا مجازاتی قرار نخواهید گرفت. محرمانه بودن اطلاعات شما همیشه مطابق با قوانین ایالتی و فدرال حفظ خواهد شد. پس از طی کردن روند شکایت یا تجدیدنظر می توانید درخواست رسیدگی عادلانه ایالتی بنمایید.



ALCOHOL, DRUG & MENTAL HEALTH SERVICES
MANUEL J. JIMENEZ, JR. MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
Embarcadero Cove, Suite 400 2000
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
تلفن رایگان: (800) 779-0787 1
فکس: (510) 639-1346

اجازه نامه ارائه اطلاعات محرمانه
(لطفاً هر دو سمت این فرم را پر کنید)

نام میانی	نام	نام خانوادگی عضو	تاریخ تولد
کد پستی	شهر	نشانی خیابان	شماره تلفن جهت تماس در طول روز

اینجانب، امضاکننده زیر، بدینوسیله اجازه ارائه اطلاعات محرمانه خود، شامل سوابق پزشکی (طبی) و روان درمانی (صحت روانی) را از این مرجع:

نام ارائه کننده مراقبت های بهداشتی و درمانی	تلفن
کد پستی	شماره فکس (در صورتی که می دانید)
شهر/ایالت	نشانی خیابان

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

برای منظور حل و فصل شکایت یا درخواست تجدیدنظر خود می دهم. من همچنین به شما اجازه می دهم که کپی (نسخه) آن اطلاعات را بنابر درخواست ارائه نمایید.

محدودیت های زیر در مورد این اجازه نامه وجود دارد (یک مورد را علامت بزنید):

کلیه سوابق پزشکی

محدود به سوابق مربوط به درمان از دوره _____ تا _____

محدود به سوابق مربوط به پذیرش و درمان برای این عارضه پزشکی یا جراحت:

محدود به اطلاعات خاص مشخص شده زیر: _____

~پشت صفحه~



این رضایت نامه در هر زمان توسط شخص امضاکننده زیر قابل بازپس گیری است به استثنای مواردی که اقداماتی از قبل با استناد به آن انجام شده باشند. این رضایت نامه در صورتی که در موعدهی زودتر باطل نگردیده باشد، شش (۶) ماه پس از تاریخ رضایت از اعتبار ساقط خواهد شد. امضاکننده می تواند این اجازه ارائه را کتباً یا با اطلاع دادن شفاهی به بخش کمک رسانی اعضا بازپس گیرد.

تاریخ

امضای عضو، سرپرست قانونی، نماینده (دور یک مورد دایره بکشید)

تاریخ

امضای شاهد

هرگونه افشای اطلاعات سوابق پزشکی (صحی) مربوط به دریافت کننده (ها) بجز در مواردی که به هدف و منظور ارائه آن اشاره شده باشد، ممنوع است.