

إدارة

خدمات

الصحة النفسية في

مقاطعة ألاميدا



مساعدة المستهلك

رقم الاتصال المجاني: 0787 – 779 (800)

1

للاتصال بقسم المتابعة بولاية كاليفورنيا، اتصل

على 711

خدمات الصحة النفسية وتعاطي المواد المخدرة

نموذج طلب تقديم تظلم أو طعن

يستخدم هذا النموذج لتقديم شكوى أو لطلب طعن أو استئناف. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في إكمال هذا النموذج، يمكنك طلب المساعدة من مزود الخدمة الذي تتعامل معه أو عن طريق الاتصال بقسم مساعدة المستهلك على الرقم: 0787 – 779 (800) 1، كما يجب تقديم تفويض موقع للإفصاح عن المعلومات السرية مع هذا النموذج. يمكن تقديم طلب الشكوى / التظلم أو الطعن / الاستئناف إلى مقدم الخدمة (المدير العام أو مدير الحالة أو الطبيب أو مشرف البرنامج، وما إلى ذلك) أو إرساله بالبريد مباشرة إلى قسم مساعدة المستهلك على العنوان: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. يرجى ملء كلا وجهي هذا النموذج.

استئناف

تظلم

أرغب في تقديم أو ملء نموذج: (اختر واحداً)

حدد هنا إذا كنت تطلب عملية معالجة الطعن أو الاستئناف الخاص بك من خلال العملية العاجلة (انظر متطلبات

تقديم طلب الطعن أو الاستئناف العاجل)

عنوانك ورقم هاتفك مهمان. نحتاج إلى هذه المعلومات للاتصال بك بشأن نتيجة الشكوى / التظلم أو الطعن / الاستئناف الخاص بك. من فضلك اطلع أو أكتب ما يلي:

اسمك :

عنوانك :

رقم هاتفك المتاح على مدار :

اليوم

لا

نعم

هل تترك لك رسالة على ما ذكر أعلاه؟

اسم المقدم الحالي :

للخدمة

اسم الشخص الذي يمتلكك، إن :

وجد

عنوان هذا الشخص / :

الأشخاص

رقم هاتفهم المتاح على مدار :

اليوم

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية، يمكن إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

ما المشكلة؟

ماذا فعلت لمحاولة حل المشكلة؟

ما هو الحل الذي تريده؟

توقيع المستهلك (أو ممثل المستهلك) التاريخ:

يُرجى العلم بأنك، لن تكون عرضة للتمييز أو أي عقوبة أخرى لتقديم شكوى / تظلم أو طعن / استئناف. وستجري حماية سريتك في جميع الأوقات وفقًا لقانون الولاية والقانون الفيدرالي، كما يمكنك طلب عقد جلسة استماع عادلة تابعة للولاية بعد الانتهاء من عملية الطعن أو الاستئناف.