

فرم شکایت یا درخواست تجدید نظر

از این فرم وقتی استفاده کنید که:

- ۱- میخواهید نارضایتی خود را در هر موردی از معالجه خود توسط خدمات بهداشت رفتاری بیان کنید. نام این اقدام شکایت است.
- ۲- میخواهید در مورد تصمیم به رد کردن، ارائه با تأخیر، کاهش دادن یا محدود کردن خدمات از پیش تصویب شده خود درخواست تجدید نظر کنید. نام این اقدام درخواست تجدید نظر است.

شما میتوانید از پاکت آدرس داری که در اختیارتان گذاشت شده برای تسلیم درخواست تجدید نظر یا شکایت خود استفاده کنید. برای ابراز عدم رضایت خود بدون تکمیل این فرم شما نمیتوانید با نماینده ارائه کننده خدمات در مرکز درمانی تان یا رئیس خدمات (Service Chief) یا مدیر برنامه مرکز درمانی تان صحبت کنید و یا با اداره "تصدی و بهبود کیفیت خدمات" با این شماره تلفن تماس بگیرید: ۸۶۶-۳۰۸-۳۰۷۴ و یا برای TDD ۸۶۶-۳۰۸-۳۰۷۴

اطلاعات بیمار یا مشتری:

نام بیمار یا مشتری: _____ تاریخ تولد: _____

نشانی: _____

شهر، ایالت و کد پستی: _____

شماره تلفن _____ (شماره سوشال سکوریته) _____ - _____ - _____
اطلاعات برنامه:

نام برنامه ای که بیمار یا مشتری در آنجا خدمات دریافت میکند؟ _____

نشانی برنامه _____ شهر، ایالت و کد پستی _____

چنانچه این فرم را برای ثبت شکایتی تکمیل میکنید لطفاً بطور خلاصه شکایت و یا نگرانی خود را شرح دهید.

چنانچه این فرم را برای درخواست تجدید نظر پر میکنید لطفاً به سوالات زیر جواب دهید:

آیا اعلامیه تعیین مزایای متضاد (NABD) را دریافت کرده اید؟ نه _____ بله _____ تاریخ: _____

شما میتوانید درخواست تسریع تجدید نظر بکنید، که باید در مورد آن ظرف مدت 72 ساعت تصمیم گیری شود. شما در صورتی میتوانید این کار را بکنید که اعتقاد داشته باشید که تأخیر باعث ایجاد مشکلات جدی در سلامتی روانی شما از جمله توانایی شما برای بدست آوردن، ادامه و بازیابی فعالیتهای مهم زندگی تان خواهد شد.

آیا میخواهید درخواست تسریع تجدید نظر بکنید؟ نه _____ بله _____

لطفاً دلایل خود را مشخصاً توضیح دهید.

اگر شما این فرم را تکمیل کرده اید ولی خود بیمار/مشتری که دریافت کننده خدمات است نیستید، نسبت شما با بیمار/مشتری چیست؟

نسبت _____ نام شما _____

شماره تلفن شما _____

تاریخ

امضای بیمار/مشتری یا نماینده مجاز او