

## نموذج تظلم أو التماس

استخدم هذا النموذج إذا كنت:

- 1) ترغب في أن تعرب عن عدم الرضا عن أي جانب من جوانب علاجك من خدمات الصحة السلوكية. وهذا ما يسمى **التظلم**.
- 2) ترغب في تقديم التماس بشأن قرار رفض، تقليل خدمات و/أو الحد من خدماتك المُخولة مسبقاً. وهذا ما يسمى **التماس**.

يمكنك استخدام الأظرف المعنونة مسبقاً المتوفرة بجانب هذه النماذج لتقديم التظلم/الالتماس الخاص بك. للإعراب عن مدى عدم رضاك بدون إكمال أو تقديم نموذج، يمكنك التحدث إلى ممثل مُقدم الخدمة في العيادة الخاصة بك، رئيس الخدمات في العيادة الخاصة بك، أو يمكنك الاتصال بإدارة وقسم تحسين جودة الخدمات على الأرقام 3074 – 308 (866) أو لضعاف السمع 3073 – 308 (866).

### معلومات العميل:

اسم العميل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
المدينة، الولاية، الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
الهاتف: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ رقم التأمينات الاجتماعية: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### معلومات العيادة:

اسم البرنامج/العيادة حيث يتلقى العميل الخدمات؟ \_\_\_\_\_  
عنوان العيادة: \_\_\_\_\_ مدينة، ولاية، الرمز البريدي للعيادة: \_\_\_\_\_

إذا كنت تملأ هذا النموذج لتقديم تظلم، يرجى وصف مخاوفك أو سبب عدم رضاك بإيجاز.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

إذا كنت تملأ هذا النموذج لتقديم التماس، يرجى الإجابة عما يلي:

هل تلقيت إشعار إجراء (NOA)؟ \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

إذا كنت تعتقد أن التأخير من شأنه أن يسبب مشاكل خطيرة مع صحتك النفسية، بما في ذلك مشاكل تتعلق بقدرتك على اكتساب، والحفاظ على أو استعادة وظائف مهمة في الحياة، يمكنك طلب الحصول على التماس مُعجل، والذي يتعين البت فيه خلال 3 أيام عمل. هل ترغب في طلب التماس مُعجل؟ \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_

يرجى تحديد السبب:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

إذا كنت تملأ هذا النموذج، ولم تكن العميل الذي يتلقى الخدمات. ما هي علاقتك بالعميل؟

العلاقة \_\_\_\_\_ اسمك \_\_\_\_\_  
رقم هاتفك \_\_\_\_\_

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل المفوض