



Агентство здравоохранения (Health Care Agency),
Службы охраны психического здоровья
(Behavioral Health Services)
Отдел управления качеством обслуживания
(Quality Management Services)

Конфиденциальная информация о пациенте
Страхование рисков нарушения гарантий
и гарантий возмещения потерь (Warranty
and Indemnity Insurance, W&I) 5328
Часть 2 Раздела 42 Свода федеральных
нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR)

ФОРМА ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ ИЛИ АПЕЛЛЯЦИИ

Данная форма используется в указанных ниже случаях.

1) Вы хотите выразить недовольство по поводу лечения, которое вам предоставили Службы охраны психического здоровья. Это называется **жалобой**. 2) Вы хотите обжаловать решение об отказе в предоставлении, задержке либо сокращении объема услуг и (или) ограничении доступа к предварительно одобренному лечению. Это называется **апелляцией**.

Для отправки апелляции и (или) жалобы можно использовать конверты с обратным адресом (находятся рядом с этой формой). Чтобы подать жалобу и (или) апелляцию устно, обратитесь к представителю поставщика услуг, руководителю службы либо директору программы в учреждении, в котором вы получаете услуги, или позвоните в Отдел управления качеством обслуживания на номер 866-308-3074 (TDD: 866-308-3073).

Информация о клиенте

Имя и фамилия клиента: _____ Дата рождения: _____

Улица и номер дома _____

Город, штат, почтовый индекс: _____

Номер телефона: _____ Номер социального страхования: _____

Информация о программе

Название программы, услуги которой получает клиент: _____

Улица и номер дома: _____ Город, штат, почтовый индекс: _____

Если вы заполняете данную форму в целях подачи жалобы, кратко опишите проблему.

Если вы заполняете данную форму в целях подачи апелляции, ответьте на вопросы ниже.

Получили ли вы Уведомление об отрицательном заключении в отношении льгот (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)? НЕТ ДА ДАТА _____

Если вы считаете, что рассмотрение апелляции в обычные сроки может привести к серьезным проблемам с вашим психическим здоровьем, в том числе к проблемам, влияющим на вашу способность обрести, поддерживать или восстанавливать важные жизненные функции, вы можете запросить ускоренное рассмотрение апелляции. В таком случае решение предоставляется в течение 72 часов. Хотите ли вы запросить ускоренное рассмотрение апелляции?
 НЕТ ДА

Укажите причину:

Если вы заполняете данную форму от имени клиента, получающего услуги, укажите степень родства с ним.

Степень родства _____

Имя и фамилия уполномоченного представителя _____

Номер телефона уполномоченного представителя _____

Подпись клиента или уполномоченного представителя

Дата