

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 مسبقًا. وهذا ما يسمى **التماس**.

يمكنك استخدام الظرف المسبق العنوان المرفق مع هذه النماذج لتقديم شكواك أو استئنافك. إذا كنت ترغب في التعبير عن عدم رضاك دون إكمال أو تقديم نموذج، يمكنك التحدث إلى ممثل مقدم الخدمة في عيادتك، أو رئيس الخدمات في عيادتك، أو يمكنك الاتصال بخدمات إدارة الجودة على الرقم 866-308-3074 أو، لضعاف السمع، على الرقم 866-308-3073.

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 (NOABD)؟ _____ 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 _____