

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 مسبقا 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