



## 불만 또는 항변 양식

이 양식은 다음과 같을 때 사용하십시오:

- 1) 귀하가 행동건강 서비스에서 받은 대우와 관련하여, 어떤 측면이라도 불만족을 표현하고 싶을 경우. 이것을 **불만**이라고 합니다.
- 2) 귀하가 사전 권한부여했던 서비스의 거부, 축소 그리고/또는 제한에 대해 항의하고 싶을 경우. 이것을 **항변**이라고 합니다.

당신은 이 양식 옆에 마련된 주소가 인쇄된 봉투를 이용하여 자신의 항변/불만을 제출할 수 있습니다. 서류 양식을 작성하지 않고 불만족을 표현하려면 귀하가 나가는 클리닉의 시행자 대변인에게 또는 클리닉 서비스 책임자에게 말하거나, 당국의 연락처인 (866) 308-3074 또는 (866) 308-3073 TDD에 연락하여 품질개선 서비스에 전화할 수 있습니다.

### 제기자 정보:

제기자 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

스트리트 주소: \_\_\_\_\_

시티, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_

전화: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 사회보장번호: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 클리닉 정보:

의뢰인이 서비스를 받은 클리닉/프로그램의 명칭은? \_\_\_\_\_

클리닉의 스트리트 주소: \_\_\_\_\_ 클리닉의 시티, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_

당신이 불만을 제기하기 위하여 이 양식을 작성한다면 당신의 관심 또는 불만을 간단하게 기술하시기 바랍니다.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

당신이 항변을 제기하기 위하여 이 양식을 작성한다면 다음에 대답하기 바랍니다:

당신은 조치 통보(NOA)를 받은 적이 있습니까? \_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_ 예 \_\_\_\_\_ 일자

귀하는 3 업무일 이내에 결정을 내려야 하는 촉진 항변을 신청할 수 있는데, 이 신청은 결정의 연기가 귀하의 중요한 생활 기능의 획득, 유지 또는 재획득 능력을 비롯한 귀하의 정신건강 문제에 심각한 문제를 발생시킬 수 있다고 믿을 때 취하는 조치입니다. 귀하는 촉진 항변을 요청하고 싶습니까? \_\_\_\_ 아니오 \_\_\_\_ 예

구체적인 이유를 작성하시기 바랍니다:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

이 양식을 작성하는 당신이 서비스를 받은 제기자가 아니라면, 당신은 제기자와 어떤 관계입니까?

관계 \_\_\_\_\_ 당신의 이름 \_\_\_\_\_

당신의 전화 번호 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

의뢰인 또는 권한부여된 대리인의 서명

일자