

نموذج التظلم أو الالتماس

استخدم هذا النموذج لتقديم تظلم:

يُعبّر التظلم عن عدم الرضا عن أي جانب من جوانب العلاج الذي حصلت عليه من خدمات الصحة السلوكية. يُمكنك ملء المعلومات أدناه واستخدام المغلفات المعنونة مسبقاً والمجاورة لهذا النموذج من أجل تقديم تظلمك. يُمكنك الاتصال بخدمات محامي حقوق المرضى على (800) 668-4240 أو (866) 308-3074

حدد هذه الخانة إذا أردت تقديم التماس واملأ المعلومات أدناه.

معلومات العميل

الاسم الأول: _____ الاسم الأخير: _____

شهر تاريخ الميلاد: _____ التاريخ: _____ سنة: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولايات: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: _____

معلومات البرنامج:

اسم البرنامج الذي يتلقى فيه العميل الخدمات.

عنوان الشارع، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي للبرنامج

يُرجى تقديم وصف موجز لمشكلتك أو عدم رضاك.

إذا كنت مسؤولاً عن ملء هذا النموذج، ولم تكن العميل الذي يتلقى الخدمات، فما هي علاقتك بالعميل: _____

اسمك _____ رقم هاتفك _____

التاريخ

توقيع المريض أو الممثل المفوض