

## فرم شکایت یا تجدیدنظر

از این فرم برای ارسال شکایت استفاده کنید:

شکایت بیانگر نارضایتی نسبت به هر جنبه‌ای از درمان شما از «خدمات سلامت رفتاری» است. می‌توانید اطلاعات زیر را تکمیل کنید و از پاکت‌های نامه موجود در کنار این فرم که نشانی از پیش در آنها درج شده است برای ارسال شکایت خود استفاده کنید. می‌توانید با «خدمات حمایت از حقوق بیماران» از طریق شماره (800) 668-4240 یا (866) 308-3074 تماس بگیرید

اگر می‌خواهید درخواست تجدیدنظر تنظیم کنید، این کادر را علامت بزنید و اطلاعات زیر را تکمیل کنید.

### اطلاعات خدمت‌گیرنده

نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_

ماه تولد: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ سال: \_\_\_\_\_

نشانی: \_\_\_\_\_

شهر: \_\_\_\_\_ ایالت‌ها: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: \_\_\_\_\_

### اطلاعات برنامه:

نام برنامه‌ای که خدمت‌گیرنده در آن خدمات را دریافت می‌کند.

\_\_\_\_\_

نشانی خیابان، شهر، ایالت، کد پستی برنامه

\_\_\_\_\_

لطفاً نگرانی یا نارضایتی‌تان را به‌طور خلاصه شرح دهید.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

اگر شما که این فرم را تکمیل می‌کنید خدمت‌گیرنده نیستید، نسبت شما با خدمت‌گیرنده چیست: \_\_\_\_\_

نام شما \_\_\_\_\_ شماره تلفن شما \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

تاریخ

امضای بیمار یا نماینده مجاز