



ĐƠN THAN PHIÊN HAY KHIẾU NẠI

Grievance or Appeal Form

Sử dụng đơn này nếu quý vị:

- 1) Muốn bày tỏ sự bất mãn với bất cứ sự trị liệu nào của Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần. Việc làm này được gọi là Than Phiên (**grievance**).
- 2) Muốn chống lại quyết định bị từ chối, giảm thiểu hay chấm dứt các dịch vụ mà quý vị đã được phép hưởng. Hành động này được gọi là Khiếu Nại (**appeal**).

Quý vị có thể dùng bao thư có sẵn địa chỉ nằm cạnh mẫu đơn để nộp đơn than phiền /khiếu nại. Để bày tỏ sự bất mãn mà không muốn điền đơn và nộp đơn, quý vị có thể nói chuyện với đại diện viên, Dịch Vụ Trưởng của cơ sở y tế, hay quý vị có thể gọi Văn Phòng Cải Thiện Phẩm Chất và Giữ Chương Trình Đúng Luật (Quality Improvement and Program Compliance) ở số (866) 308-3074 hoặc số (866) 308-3073 (dành cho người lảng tai).

Lý lịch bệnh nhân:

Tên bệnh nhân: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, tiểu bang, zip code: _____

Điện thoại: (____) _____ – _____ Số an sinh xã hội: #: _____ – _____

Chi tiết cơ sở y tế:

Tên cơ sở y tế nơi bệnh nhân được hưởng dịch vụ: _____

Địa chỉ cơ sở y tế: _____

Thành phố, tiểu bang, zip code: _____

Người điền đơn: Quý vị có phải là bệnh nhân không? ____ Phải ____ Không phải

Nếu quý vị điền đơn này, nhưng quý vị không phải là bệnh nhân thừa hưởng dịch vụ, vậy quý vị có mối liên hệ gì với bệnh nhân?

Tên của quý vị: _____

Điện thoại của quý vị: _____

Nếu quý vị điền đơn này để khiếu nại, xin vui lòng trả lời những câu hỏi bên dưới:

Quý vị có nhận được tờ Thông Báo Quyết Định (Notice of Action—viết tắt là NOA) về trường hợp của quý vị không? ____ Có ____ Không

Nếu nhận được, khoảng ngày nào quý vị nhận được tờ thông báo NOA? _____

Nếu quý vị nộp đơn này để than phiền, xin vui lòng ghi lại một cách ngắn gọn về mối ưu tư hay bất mãn của quý vị. (nếu cần thêm chỗ để viết, xin tiếp tục viết vào phía sau tờ đơn này.)

_____, 20 ____
 Chữ ký của bệnh nhân (hay người đại diện chính thức của bệnh nhân) Ngày

FOR OFFICE USE ONLY	
Date received in QIPC by: _____	Date received in division QRT by: _____