



Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803



فرم شکوائیه

شکوائیه (اعتراض)، اصطلاحی است که نارضایتی شما را در مورد خدمات درمانی ارائه شده؛ نشان می‌دهد. شما می‌توانید در هر زمان یک فرم شکوائیه (اعتراض) را پر کرده و یا در صورت تمایل فرد دیگری را از جانب خود مسنول این کار کنید. پر کردن این شکوائیه منجر به تبعیض در خدمات و یا پیگرد قانونی برای شما نخواهد شد. اطلاعات شما طبق قوانین ایالتی و فدرالی محرمانه باقی خواهد ماند.

1- تاریخ		
اطلاعات فرد شکایت‌کننده		
2- نام (نام، نام خانوادگی، پسوند فامیلی):	3- تاریخ تولد (روز/ماه/سال):	4- بیمه پوشش درمانی
5- آدرس:	شهر:	کد پستی:
6- شماره تلفن یا ایمیل:		آیا مایل به دریافت پیام صوتی هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
اطلاعات نماینده از طرف شما (اگر قابل اجرا باشد)		
9- نام فرد/ واحد:	8- رابطه فرد با شکایت‌کننده:	9- شماره تلفن:
10- آدرس خیابان:	شهر:	کد پستی:
11. برای تانید این شخص / نهاد به‌عنوان نماینده، جهت تنظیم شکوائیه لطفاً اینجا را امضا کنید:		
اطلاعات نهادی که از آن‌ها شکایت دارید		
12- از چه کسی شکایت دارید (ارائه‌دهنده خدمات درمان یا SAPC)		13- شماره تلفن:
14- آدرس:	شهر:	کد پستی:

اطلاعات مربوط به شکایت



Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803



15- لطفاً شرحی از شکوائیه (اعتراض) خود را بنویسید. این متن بایست شامل اطلاعاتی مانند تاریخ، رویدادها و افراد، تصمیم، اقدامات مرتبط باشد. هرگونه اسناد اضافی را در صورت لزوم اضافه کنید.

18- تاریخ:	17- امضا:	16- نام رسمی:
-------------------	------------------	----------------------

صدور مجوز برای استفاده و دسترسی به اطلاعات سلامت فرد

با امضای این سند، شما به سازمان بهداشت عمومی لس آنجلس، Substance Abuse Prevention and Control اجازه خواهید داد تا شکوائیه (اعتراض) شما را مورد بررسی قرار دهد. این مجوز درمانگر شما اجازه دسترسی به اطلاعات درمانی شما را برای بررسی شکایت/اعتراض مورد نظر، می‌دهد:

- سوابق مواد مورد استفاده برای درمان اختلال شما در گذشته و حال؛ و
 - سایر اطلاعات مربوط به شکایت یا استیناف و/یا رد درخواست و نیز حقوق شما.
- این اطلاعات را نمی‌توان برای موارد دیگر مورد استفاده قرار داد و یا افشا کرد، مگر اینکه مجوز دیگری از شما دریافت شود یا زمانی که دسترسی به اطلاعات توسط دادگستری ضروری دانسته شود.
- این مجوز در زمان اعلام نتیجه‌ی شکایات یا استیناف شما منقضی خواهد شد.

بررسی بیرونی SAPC این بخش شامل ارتباط بین **SAPC** و آژانس/ ارائه‌دهنده می‌باشد.

این اطلاعات محرمانه به موجب توافق فی‌مابین با رعایت قوانین و مقررات ایالتی و فدرال فراهم شده است و شامل قوانین نهادها، قوانین مدنی، معیارهای حفظ حریم خصوصی HIPAA و بخش CFR 42 بوده اما محدود به آن‌ها نمی‌باشد. کپی‌برداری از این اطلاعات برای دسترسی‌های آتی، بدون مجوز کتبی قبلی بیمار / نماینده مجاز او ممنوع است مگر اینکه توسط دادگستری ضروری دانسته شود.



Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803



نظرات:

بازبینی شده

مربوطه: _____

مسئول

توسط: _____ امضا: _____

تاریخ: _____

استفاده در بخش های داخلی SAPC ، این بخش فقط برای استفادهی بخش های داخلی SAPC قرار داده شده است.

نظرات:

بازبینی شده

مربوطه: _____

مسئول

توسط: _____ امضا: _____

تاریخ: _____

شما می‌توانید فرم شکایت را از این طریق ارائه دهید:

ایمیل: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

دورنگار: (626) 458-6692

نامه:

Substance Abuse Prevention and Control, Contract and Compliance Division
1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3rd floor
Alhambra, California 91803



Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803



برای پرکردن شکایت از طریق تلفن یا برای راهنمایی بیشتر با شماره 4532-299 (626) تماس بگیرید.
برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست شکایت، به کتابچه راهنمای بیمار یا به وبسایت SAPCs در
<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm> مراجعه کنید

اگر به زبان انگلیسی مسلط نیستید با شماره 1-844-804-7500 تماس بگیرید.