



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



ທັງສີຄຳຮ້ອງ

**ຄຳຮ້ອງ (ຫຼື ຄຳຮ້ອງທຸກ) ຄືການສະແດງອອກເຖິງຄວາມບໍ່ເພິ່ງພໍໃນການໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ
 ກ່ຽວກັບການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງທ່ານ.**

**ທ່ານສາມາດຍື່ນຄຳຮ້ອງມາໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ອາດຈະມອບອຳນາດໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນອື່ນ
 ດຳເນີນການແທນທ່ານ, ໄດ້ຕາມທີ່ທ່ານເລືອກ.**

**ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການເລືອກປະຕິບັດ ຫຼື ການລົງໂທດອື່ນໆໃດໆກໍຕາມໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງ.
 ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນຄວາມລັບຂອງທ່ານຈະໄດ້ຮັບການຄຸ້ມຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ ແລະ
 ລັດຖະບານກາງ.**

1. ວັນທີ:		
ບຸກຄົນທີ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງ		
2. ຊື່ (ນາມສະກຸນ, ຊື່ແທ້ ແລະ ຊື່ກາງ):	3. ວັນເດືອນປີເກີດ (ດດ/ວວ/ປປປປ):	4. ໝາຍເລກ Medi-Cal ຫຼື MHLA:
5. ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:	ເມືອງ	ລະຫັດໄປສະນີ:
6. ເບີໂທລະສັບ ຫຼື ອີເມວ:	ຝາກຂໍຄວາມສຽງໄດ້ບໍ່? <input type="checkbox"/> ໄດ້ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້	
ຂໍ້ມູນຂອງຕົວແທນ (ຖ້າມີ)		
7. ຊື່ຂອງບຸກຄົນ/ນິຕິບຸກຄົນ:	8. ສາຍສຳພັນກັບບຸກຄົນທີ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງ:	9. ເບີໂທລະສັບ:
10. ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:	ເມືອງ	ລະຫັດໄປສະນີ
11. ໃນການມອບອຳນາດໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນ/ນິຕິບຸກຄົນດັ່ງກ່າວນີ້ດຳເນີນການແທນທ່ານ, ໃນຖານະບຸກຄົນທີ່ຍື່ນຄຳຮ້ອງ, ກະລຸນາເຊັນລົງນາມໃສ່ບ່ອນນີ້: _____		
ກຳລັງຍື່ນຄຳຮ້ອງເຖິງ		
12. ກຳລັງຍື່ນຄຳຮ້ອງດັ່ງກ່າວເຖິງໃຜ (ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວ ຫຼື SAPC):		13. ເບີໂທລະສັບ:
14. ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ:	ເມືອງ	ລະຫັດໄປສະນີ:

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຄໍາຮ້ອງດັ່ງກ່າວ

15. ກະລຸນາລະບຸລາຍລະອຽດຂອງຄໍາຮ້ອງ (ຫຼື ຄໍາຮ້ອງທຸກ) ດັ່ງກ່າວ. ເຊິ່ງລວມເຖິງຂໍ້ມູນ ເຊັ່ນ: ວັນທີ, ເຫດການ ແລະ ບຸກຄົນ, ການຕັດສິນໃຈ, ການກະທໍາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຕ່າງໆ. ໃຫ້ຄັດຕິດເອກະສານເພີ່ມເຕີມໃດໆ, ຕາມຄວາມຈໍາເປັນ.

16. ຊື່ເປັນໂຕເລີ່ມ:	17. ລາຍເຊັນ:	18. ວັນທີ:
---------------------	--------------	------------

ການມອບອໍານາດໃນການນໍາໃຊ້ ແລະ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດ້ານສະພາບ

ໂດຍການເຊັນລົງນາມໃນເອກະສານສະບັບນີ້, ທ່ານໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ ເຂດປົກຄອງ ລັອດ ແອັງເຈລິນິດ (Los Angeles County) – ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, Substance Abuse Prevention and Control ກວດສອບຄໍາຮ້ອງທຸກ/ຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ. ການມອບອໍານາດດັ່ງກ່າວນີ້ ຈະເປັນການອະນຸຍາດໃຫ້(ບັນດາ)ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການປິ່ນປົວຂອງທ່ານ ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ເພື່ອໃຊ້ໃນການກວດສອບຄໍາຮ້ອງທຸກ ຫຼື ຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານ:

- ບັນທຶກການປິ່ນປົວອາການຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດໃນອະດີດ ແລະ ປະຈຸບັນຂອງທ່ານ; ແລະ
- ຂໍ້ມູນອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄໍາຮ້ອງ ຫຼື ການຂໍອຸທອນ ແລະ/ຫຼື ການປະຕິເສດ ຫຼື ສິດຕ່າງໆ.

ຂໍ້ມູນນີ້ຈະບໍ່ສາມາດນໍາໄປໃຊ້ ຫຼື ເປີດເຜີຍເພີ່ມເຕີມໄດ້ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຈາກທ່ານອີກ ຫຼື ເມື່ອໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດຢ່າງສະເພາະເຈາະຈົງ ຫຼື ຕາມທີ່ກົດໝາຍກໍານົດໄວ້ວ່າໃຫ້ມີການເປີດເຜີຍ.

ການມອບອໍານາດດັ່ງກ່າວນີ້ ຈະໝົດອາຍຸລົງໃນວັນທີທີ່ຄໍາຮ້ອງຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ.

EXTERNAL SAPC REVIEW *This section will include communication between SAPC and the agency/provider.*

This confidential information is provided to you in accord with State and Federal laws and regulations including but not limited to APPLICABLE Welfare and Institutions Code, Civil Code, HIPAA Privacy Standards, and 42 CFR Part 2. Duplication of this information for further disclosure is prohibited without the prior written authorization of the patient/authorized representative to who it pertains unless otherwise permitted by law.

Comments:

Assigned Staff: _____ Reviewed by: _____ Signature: _____ Date: _____

INTERNAL SAPC USE ONLY *This section is reserved for internal SAPC use only.*

Comments:

Assigned Staff: _____ Reviewed by: _____ Signature: _____ Date: _____

ທ່ານສາມາດສົ່ງໜັງສືຄໍາຮ້ອງຕາມວິທີການໃດໆກໍຕາມດັ່ງລຸ່ມນີ້:

ອີເມວ: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

ເລື້ອຍ: (626) 458-6692

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

**ໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຜ່ານທາງໂທລະສັບ ຫຼື ສໍາລັບຄໍາຖາມຕ່າງໆ - ໃຫ້ຕິດຕໍ່ທີ່ໝາຍເລກ (626)
299-4532**

**ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງ, ໃຫ້ອ່ານປຶ້ມຄູ່ມືຜູ້ປ່ວຍຂອງທ່ານ ຫຼື
ເຂົ້າເບິ່ງໜ້າເວັບຂອງ SAPCs ໄດ້ທີ່ <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>**

**ການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ ໂດຍຕິດຕໍ່ຫາໝາຍເລກ:
1-844-804-7500**

