



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



ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ

ਇੱਕ ਉਲਾਂਭਾ (ਜਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ) ਨਸ਼ੇ ਛੱਡਣ ਲਈ ਲਈਆਂ ਇਲਾਜ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀ ਨਾਖੁਸ਼ੀ ਜ਼ਾਹਰ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।
ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਆਪ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੋ ਤਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦਾ
ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ 'ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜਾਂ ਕੋਈ ਜ਼ੁਰਮਾਨਾ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਤੁਹਾਡੀ
ਗੁਪਤਤਾ ਨੂੰ ਸਟੇਟ ਅਤੇ ਫੈਡਰਲ ਕਨੂੰਨਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਵੇਗਾ।

1. ਮਿਤੀ:		
ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ		
2. ਨਾਮ (ਆਖਿਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਅਤੇ ਵਿਚਕਾਰਲਾ):	3. ਜਨਮਮਿਤੀ (mm/dd/yyyy):	4. Medi-Cal ਜਾਂ MHLA #:
5. ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ:	ਸ਼ਹਿਰ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ:
6. ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਜਾਂ ਈਮੇਲ:	ਕੀ ਇੱਕ ਵੋਇਸ ਮੈਸੇਜ ਛੱਡਣਾ ਠੀਕ ਹੈ? <input type="checkbox"/> ਹਾਂ <input type="checkbox"/> ਨਹੀਂ	
ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ)		
7. ਵਿਅਕਤੀ/ਹਸਤੀ ਦਾ ਨਾਂ:	8. ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਬੰਦੇ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:	9. ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
10. ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ:	ਸ਼ਹਿਰ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ
11. ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾਇਰ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ, ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ/ਹਸਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇਣ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਥੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ: _____		
ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ		
12. ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ (ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਜਾਂ SAPC):		13. ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
14. ਗਲੀ ਦਾ ਪਤਾ:	ਸ਼ਹਿਰ	ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ:

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

15. ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਿਤੀਆਂ, ਘਟਨਾਵਾਂ, ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਨਾਮ, ਫੈਸਲੇ, ਕੀਤੀ ਗਈ ਕਾਰਵਾਈ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ, ਕੋਈ ਹੋਰ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

16. ਛਪਿਆ ਨਾਂ:

17. ਹਸਤਾਖਰ:

18. ਮਿਤੀ:

ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਲਈ ਅਧਿਕਾਰ ਸੈੱਪਣਾ

ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਉੱਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਕੇ, ਤੁਸੀਂ ਲੌਸ ਐਂਜਲਸ ਕਾਉਂਟੀ – ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਔਫ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ, **Substance Abuse Prevention and Control** ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ/ਉਲਾਂਭੇ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨ ਵਾਲੇ (ਵਾਲਿਆਂ) ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ/ਉਲਾਂਭੇ ਦੀ ਛਾਣਬੀਣ ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਵੇਗਾ।

- ਪਹਿਲਾਂ ਦੇ ਅਤੇ ਵਰਤਮਾਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਰੋਗ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ; ਅਤੇ
- ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਹੱਕਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਅੱਗੇ ਤੋਂ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਤੁਹਾਡੇ ਤੋਂ ਇੱਕ ਹੋਰ ਇਖਤਿਆਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਜਾਂ ਅਜਿਹੇ ਖੁਲਾਸੇ ਨੂੰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ।

ਇਸ ਇਖਤਿਆਰ ਦੀ ਮਿਆਦ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਹੱਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਮੁੱਕ ਜਾਵੇਗੀ।

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 whom 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: _____

ਤੁਸੀਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

ਈਮੇਲ: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

ਫੋਨ: (626) 458-6692

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

ਫੋਨ ਰਾਹੀਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਲਈ - (626) 299-4532

ਕੋਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, ਆਪਣੀ ਪੇਸ਼ਟ ਹੈਡਬੁੱਕ (ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਕਿਤਾਬਚਾ) ਦਾ ਹਵਾਲਾ ਲਵੋ ਜਾਂ SAPC ਦੇ ਵੈੱਬਪੇਜ <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm> 'ਤੇ ਜਾਓ।

ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਇਸ ਨੰਬਰ ਉੱਤੇ ਫੋਨ ਕਰਕੇ ਉਪਲਬਧ ਹੈ:

1-844-804-7500