

شهر لس آنجلس - اداره سلامت روان  
دفتر حقوق بیماران

: مشاهده کد رفاه و موسسات اطلاعات خصوصی در باره متقاضیان  
بخش ۵۳۲۴

فرم دریافت کننده سهمیه/شکایت و یا درخواست مشتری و مجوز

ارائه دهید شما میتوانید شکایت نامه خود را در هر زمانی که مایل باشید  
اقدام نمایید شما میتوانید شخص دیگری را معرفی کنید تا به جای شما

شما حق دارید پرونده تقاضای رسیدگی را، یا به دفتر حقوق بیماران ارائه دهید، یا تقاضا جلسه بررسی استانی را زمانی  
بدهید که برنامه محلی بهداشت روحی

- ۱- اختیارات مربوط به خدمات درخواست شده را رد یا محدود می کند؛
- ۲- خدمات مجاز قبلی را کاهش داده، معلق نگه داشته، یا پایان داده است؛
- ۳- تمامی خدمات یا بخشی از آن را رد کرده است.
- ۴- نوع خدمات را تغییر داده، یا آنها را در زمان معین ارائه نداده است.
- ۵- در عمل در مدت زمان معین برای رفع نارضایتی های استاندارد، تصمیم برای بررسی درخواست های استاندارد یا بررسی های سریع ناموفق است.

را تکمیل کرده اند؛ میتوانند برای جلسه بررسی MHP هستند و مراحل بررسی Medi-Cal فقط بیمارانی که تحت درمان  
استان درخواست دهند.

فرم پر کردن شکایت یا درخواست جلسه بررسی

--	--	--	--	--

MEDI-CAL تاریخ تولد M.I.# نام فامیلی نام

--	--	--	--	--

آدرس شهر استان کد پستی شماره منزل

شکایت یا درخواست بررسی علیه

--	--

نام تسهیلات/کمک رساننده/خدمات شماره تماس

--	--	--	--

آدرس شهر استان کد پستی

فرم دریافت کننده سهمیه/شکایت و یا درخواست مشتری و مجوز  
(ادامه)

شما مورد تبعیض و یا هر تاوان دیگری برای پرکردن فر شکایت یا درخواست تجدید نظر قرار نخواهید گرفت. اسرار شما در تمام اوقات مطابق با دولت و قانون فدرال محفوظ خواهد ماند.

شرح شکایت و یا درخواست بررسی: (لطفاً هر گونه اسناد نوشته شده را که مرتبط با شکایت یا درخواست بررسی است، ارائه نمایید. از ورق های اضافی در صورت نیاز استفاده کنید)

---

---

---

---

---

---

---

---

امضاء درخواست کننده / نماینده درخواست کننده

تاریخ

اگر توسط نماینده شخصی امضاء شده ، صلاحیت و یا رابطه نیز ذکر شود.

مجوز استفاده و افشای اطلاعات سلامت در صفحات ۳ و ۴ را لطفاً بخوانید و امضا کنید، این مجوز به دفتر حقوق بیماران، گروه بهداشت روان- شهر لس آنجلس، اجازه می دهد که شکایت یا درخواست تجدید نظر شما را بررسی کند.

فرم دریافت کننده سهمیه/شکایت و یا درخواست مشتری و مجوز  
(ادامه)

**اجازه استفاده و افشا کردن اطلاعات پزشکی و سلامت بیماران:**

اگر شما این مدرک را امضا کنید؛ به اداره سلامت روحی، و دفتر حقوق بیماران لس آنجلس اجازه می‌دهید که در باره این برگه مجوز، به سازمان و مراجع ارائه دهنده مراقبت‌های. شکایت نامه یا بررسی دوباره شکایت شما تحقیق نمایند بهدشتی اجازه می‌دهد تا اطلاعات زیر را در اختیار اداره سلامت روحی، و دفتر حقوق بیماران لس آنجلس برای تحقیق شکایت شما یا درخواست تجدید نظر شکایت شما، قرار دهد.

سابقه پزشکی شما در گذشته و حال و،

هر گونه اطلاعات دیگر در رابطه با شکایت نامه یا درخواست جلسه مجدد شما و/ یا رد شدن آن، یا در باره حقوق شما.

**تاریخ انقضاء:**

بعد از اینکه تصمیم نهایی در باره شکایت نامه یا درخواست تجدید نظر شما، گرفته شد، این اجازه نامه بی اعتبار خواهد بود.

**حقوق قانونی شما در رابطه با اجازه نامه:**

اگر شما بپذیرید که این اجازه نامه را امضا کنید یک برگ کپی از آن را باید در اختیار شما قرار دهند.

الزاماً مجبور به امضا این اجازه نامه نیستید. اجازه ندادن شما تاثیری بر دریافت شما از خدمات درمان نخواهد گذاشت.

در هر زمانی که مایل باشید می‌توانید کتبا اجازه دسترسی به اطلاعات پزشکی خودتان را به اداره سلامت روحی لس آنجلس بدهید، و یا این اجازه را پس بگیرید. شما باید این درخواست ابطال را امضاء و ایمیل کنید یا بفرستید به:

County of Los Angeles – Department of Mental Health

Patients' Rights Office

550 South Vermont Avenue

Los Angeles, CA 90020

اگر شما این مجوز را لغو کنید ما هنوز می توانیم از اطلاعات پزشکی شما که قبلا به دلایل مرتبط با اعتماد قبلی به این مجوز به دست آمده است، استفاده کنیم.

فرم دریافت کننده سهمیه/شکایت و یا درخواست مشتری و مجوز  
(ادامه)

## تصویب پذیرش مجوز:

با امضای این برگه، اجازه استفاده و یا افشا تمامی اطلاعات پزشکی بالا را می‌دهم. من می‌دانم؛ اطلاعات پزشکی استفاده یا افشا شده من؛ که به علت امضای برگه مجوز است در آینده استفاده یا افشا نمیشود تا زمانی که اجازه نامه دیگری از من دریافت شود یا همچنین استفاده یا افشا آن نیاز به اجازه خاص و یا توسط قانون دارد.

امضاء درخواست کننده / نماینده درخواست کننده

تاریخ

اگر توسط نماینده شخصی امضاء شده، صلاحیت و یا رابطه نیز ذکر شود.

شما حق استفاده از خدمات کمک زبان رایگان را دارید.

با دفتر حقوق بیماران برای کمک تماس بگیرید، با شماره:

شکایات و تجدید نظری که مربوط به بیمارستان نمی شود ۴۹۴۹-۷۳۸(۲۱۳)  
شکایات و تجدید نظری که مربوط به بیمارستان می شود ۴۸۸۸-۷۳۸(۲۱۳) یا ۹۹۹۶-۷۰۰(۸۰۰)

■ آیا اطلاعات درخواست شده در فرم را تکمیل کرده اید؟

■ آیا شما، شماره تلفن و آدرس خود را که با آن ما می توانیم با شما تماس بگیریم داده اید؟

■ آیا شما هر دو بخش شکایت یا درخواست تجدید نظر در صفحه ۲ و بخش مجوز را در این صفحه امضاء کرده اید؟

لطفاً به این آدرس بفرستید:

County of Los Angeles – Department of Mental Health

Patients' Rights Office

550 South Vermont Avenue

Los Angeles, CA 90020

لطفاً تمبر پستی را فراموش نکنید.