

**SỞ SỨC KHỎE TÂM THẦN – QUẬN LOS ANGELES
VĂN PHÒNG BIỆN HỘ QUYỀN LỢI BỆNH NHÂN**

**Thông tin Bảo mật của Khách hàng: Xem thêm Bộ Luật Phúc lợi
và Định chế Mục 5328**

**MÀU KHÁNG CÁO HOẶC KHIẾU NẠI VÀ ỦY QUYỀN
CỦA KHÁCH HÀNG/NGƯỜI THU THƯỜNG**

**Quý vị có thể đệ trình ĐƠN KHÁNG CÁO bất kỳ lúc nào.
Quý vị có thể ủy quyền bất kỳ cá nhân khác thay mặt quý vị.**

**Quý vị có quyền đệ trình hồ sơ ĐƠN KHIẾU NẠI tới Văn phòng Biện hộ
Quyền lợi Bệnh nhân hoặc yêu cầu BUỔI ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG
CẤP TIỂU BANG nếu Chương trình Sức khỏe Tâm thần ở Địa phương:**

- 1. Từ chối hoặc hạn chế cấp phép cho dịch vụ được yêu cầu;**
- 2. Giảm bớt, đình chỉ hoặc chấm dứt dịch vụ đã được cấp phép trước đó;**
- 3. Từ chối, một phần hoặc toàn bộ, thanh toán một dịch vụ;**
- 4. Thay đổi dịch vụ hoặc không thể cung cấp dịch vụ một cách kịp thời;**
- 5. Không thể thực hiện đúng khung thời gian về việc sắp xếp kháng cáo
cơ bản, giải pháp cho khiếu nại cơ bản, hoặc giải pháp cho khiếu nại
nhanh.**

**Chỉ những khách hàng được nhận dịch vụ Medi-Cal và đã hoàn tất
thủ tục Khiếu nại của MHP mới có quyền yêu cầu một Phiên Điều trần
cấp Tiểu bang.**

Tên người Kháng cáo hoặc Khiếu nại

HỌ	TÊN	TÊN ĐỆM	NGÀY SINH	SỐ THẺ MEDI-CAL

ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	BANG	MÃ ZIP	ĐT NHÀ RIÊNG

Kháng cáo hoặc Khiếu nại tới

TÊN BAN NGÀNH/CƠ QUAN/CHƯƠNG TRÌNH	SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	BANG	MÃ ZIP

MẪU KHÁNG CÁO/KHIẾU NẠI & ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI THU HƯỞNG/KHÁCH HÀNG
(Tiếp)

Quý vị sẽ không phải nhận bất kỳ sự đối xử phân biệt hoặc sự trừng phạt nào khi đệ trình hồ sơ kháng cáo hoặc khiếu nại. Danh tính của quý vị sẽ luôn được bảo mật theo luật Tiểu bang và Liên bang.

DIỄN ĐẠT NỘI DUNG KHÁNG CÁO hoặc KHIẾU NẠI: (Vui lòng gửi văn bản hỗ trợ cho việc Kháng cáo hoặc Khiếu nại. Dùng thêm giấy nếu cần.)

Chữ ký Khách hàng/Đại diện của Khách hàng

Ngày tháng

Nếu văn bản được ký bởi người đại diện riêng của khách hàng, vui lòng chỉ rõ mối quan hệ và việc ủy quyền thực hiện.

Vui lòng đọc và ký vào bản Ủy quyền Sử dụng và Tiết lộ Thông tin Y tế ở trang 3 và 4 để Văn phòng Biện hộ Quyền lợi Bệnh nhân thuộc Sở Sức khỏe Tâm thần – Quận Los Angeles điều tra về Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị.

MÀU KHÁNG CÁO/KHIẾU NẠI & ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI THU HƯỞNG/KHÁCH HÀNG (Tiếp)

ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ:

Một khi quý vị ký vào văn bản này, quý vị cho phép Văn phòng Biện hộ Quyền lợi Bệnh nhân thuộc Sở Sức khỏe Tâm thần – Quận Los Angeles điều tra về Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị. Việc Ủy quyền này sẽ cho phép cơ quan chăm sóc sức khỏe của quý vị tiết lộ các thông tin y tế sau đây cho Văn phòng Biện hộ Quyền lợi Bệnh nhân thuộc Sở Sức khỏe Tâm thần – Quận Los Angeles để điều tra về Kháng cáo hoặc Khiếu nại của quý vị:

- **Hồ sơ khám chữa bệnh trong quá khứ và hiện tại; và**
- **Các thông tin khác liên quan đến việc kháng cáo hoặc khiếu nại và/hoặc việc từ chối hoặc các quyền.**

Thời hạn:

Bản Ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày Kháng cáo hoặc khi Khiếu nại của quý vị được giải quyết.

Quyền lợi của Quý vị Liên quan đến bản Ủy quyền này:

Nếu quý vị chấp thuận và ký vào bản Ủy quyền này, quý vị sẽ được giữ bản sao có chữ ký trên đó.

Quý vị không bắt buộc phải ký bản Ủy quyền này, việc từ chối của quý vị sẽ không ảnh hưởng tới khả năng được tiếp nhận điều trị.

Quý vị có thể thu hồi hoặc hủy bỏ bản Ủy quyền cho phép sử dụng thông tin y tế của mình bất kỳ lúc nào bằng cách thông báo bằng văn bản cho Sở Sức Khỏe Tâm thần – Quận Los Angeles. Quý vị phải ký vào yêu cầu thu hồi và gửi thư hoặc giao thư tới:

**Sở Sức khỏe Tâm thần – Quận Los Angeles
Văn phòng Biện hộ Quyền lợi Bệnh nhân
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020**

Trong trường hợp quý vị thu hồi bản Ủy quyền này, chúng tôi vẫn có thể sử dụng và chia sẻ những thông tin y tế của quý vị mà chúng tôi đã có được vì những lý do liên quan tới việc ủy thác theo bản Ủy quyền này.

MẪU KHÁNG CÁO/KHIẾU NẠI & ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI THU HƯỞNG/KHÁCH HÀNG
(Tiếp)

Chấp thuận Ủy Quyền: Bằng việc ký tên vào đây, tôi cho phép sử dụng và tiết lộ các thông tin y tế như đã nói ở trên. Tôi hiểu rằng thông tin y tế của tôi được sử dụng hoặc được tiết lộ bởi tôi đã ký xác nhận Ủy quyền này và sẽ không bị sử dụng hoặc tiết lộ trong tương lai trừ khi tôi có một ủy quyền khác hay khi việc sử dụng hay tiết lộ như vậy được đặc biệt cho phép hoặc theo yêu cầu của pháp luật.

Chữ ký Khách hàng/Đại diện của Khách hàng

Ngày tháng

Nếu bản ủy quyền được ký bởi người đại diện riêng của khách hàng, vui lòng chỉ rõ mối quan hệ và việc ủy quyền thực hiện.

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN ĐƯỢC HƯỞNG DỊCH VỤ HỖ TRỢ PHIÊN DỊCH MIỄN PHÍ.

GỌI NGAY CHO VĂN PHÒNG BIỆN HỘ QUYỀN LỢI BỆNH NHÂN ĐỂ ĐƯỢC HỖ TRỢ:

**KHÁNG CÁO/KHIẾU NẠI KHÔNG LIÊN QUAN TỚI BỆNH VIỆN - (213) 738-4949
KHÁNG CÁO/KHIẾU NẠI LIÊN QUAN TỚI BỆNH VIỆN - (800) 700-9996 hoặc (213) 738-4888**

- ◆ Quý vị đã điền đầy đủ thông tin yêu cầu trên mẫu chưa?
- ◆ Quý vị đã ghi số điện thoại và địa chỉ để chúng tôi có thể liên hệ chưa?
- ◆ Quý vị đã ký tên ở mục Kháng cáo hoặc Khiếu nại tại trang 2 và mục Ủy quyền ở trang này chưa?

Vui lòng gửi thư tới:

**Sở Sức khỏe Tâm thần – Quận Los Angeles
Văn phòng Biện hộ Quyền lợi Bệnh nhân
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020**

Xin nhớ dán tem.