

شهر لس آنجلس

بخش بهداشت روان



مراحل شکایت

و

تقاضا

راهنمای استفاده

از

خدمات

شهر لس آنجلس
هیئت ناظران

Hilda L. Solis
Mark Ridley-Thomas
Sheila Kuehl
Janice Hahn
Kathryn Barger



شهر لس آنجلس
بخش بهداشت روان
دفتر حقوق بیماران

شکایات و تجدید نظری که مربوط به بیمارستان نمی شود
(۲۱۳)۷۳۸- ۴۹۴۹

شکایات و تجدید نظری که مربوط به بیمارستان می شود

(۲۱۳)۷۳۸ - ۴۸۸۸

(۸۰۰)۷۰۰- ۹۹۹۶

حقوق شما به عنوان یک فرد ذینفع:

- انتظار رفتاری احترام آمیز با توجه به فردیت و حیثیت و حریم خویش داشته باشید.
- اطلاعاتی درباره گزینه های درمانی موجود و روش های دیگر دریافت کنند؛ و این اطلاعات به گونه ای در اختیاران قرار گیرد که به آسانی بتوانید آنها را درک کنید.
- در تصمیم گیریهای مربوط به مراقبت های بهداشتی و سلامت روانی خویش مشارکت داشته باشید، این شامل حق مخالفت با درمان یا مراقبت خاص نیز می شود
- آزاد بودن از قید و بند هر گونه محدودیت یا انزوا که برای مقاصد زورگویی، انضباط، تنبیه یا انتقام مورد استفاده قرار گرفته.
- درخواست و دریافت يك کپی از سوابق پزشکی، و درخواست اصلاح یا رفع اشتباهات آن.
- دریافت اطلاعات مطابق با عنوان ۴۲، CFR، بخش ۱۰/۴۳۸ که اطلاعات مورد نیاز را شرح میدهد؛
- مجهز شدن به خدمات بهداشتی مطابق با عنوان ۴۳، CFR، بخش ۲۰۶/۴۳۸ تا ۲۱۰/۴۳۸، که مقررات مورد نیاز برای در دسترس بودن خدمات، تضمین ظرفیت کافی، هماهنگی و مراقبت مستمر و مجوز خدمات را در بر دارد

شهر لس آنجلس __ بخش بهداشت روان
دفتر حقوق بیماران

شکایات و تجدید نظر که مربوط به بیمارستان نمی شود (۲۱۳)۷۳۸- ۴۹۴۹
شکایات و تجدید نظر که مربوط به بیمارستان می شود (۲۱۳)۷۳۸- ۴۸۸۸

dmh.lacounty.gov

این خدمات را چگونه دریافت کنم

تماس با مرکز دسترسی مخابراتی با شماره ۷۷۷۱-۸۵۴(۸۰۰) برای خدمات TDD/TTY تماس با ۲۵۴۹۹-۶۵۱(۵۶۲)

برای لیست تامین کننده گان، با ACCESS و یا دفتر حقوق بیماران شماره ۴۹۴۹-۷۳۸(۲۱۳)تماس بگیرید و یا از وب سایت DMH دیدن فرمائید:

dmh.lacounty.gov

اطلاعات مهم:

- برای عوض کردن تامین کننده، شما می‌توانید با تامین کننده خود صحبت کنید و یا دفتر حقوق بیماران تماس بگیرید.
- موارد محرمانه شما در تمام اوقات، مطابق با دولت و قانون فدرال محافظت می‌شود.
- این جزوه و موارد مرتبط به آن در فرمت های دیگر موجود می‌باشد.
- افراد متقاضی موارد در قالب متناوب می‌توانند با دفتر حقوق بیماران در ۹۹۹۶-۷۰۰(۸۰۰) و یا ۴۸۸۸-۷۳۸(۲۱۳) تماس بگیرند.
- افرادی که در صحبت کردن و یا شنیدن مشکل دارند می‌توانند با استفاده از Relay Services کالیفرنیا ۲۹۲۹-۷۳۵(۸۰۰) تماس بگیرند.
- اداره بهداشت روان شهر لس آنجلس براساس ناتوانی در پذیرش و دسترسی به خدمات، برنامه ها یا فعالیت های خود تبعیض قائل نیست.

شما حق استفاده از خدمات کمک زبان رایگان رادارید.

شما می‌توانید تقاضا جلسه بررسی دهید تنها اگر دریافت کننده خدمات پزشکی هستید و یا هنگامی که مراحل استیناف MHP را تکمیل کرده اید.

اگر شما خواهان بررسی هستید، درخواست شما باید ظرف مدت ۳۰ روز از تاریخ دریافت اطلاعیه اقدامات باشد. شما می‌توانید تقاضای ۱۴ روز اضافه تر را بدهید.

پرداخت کمک هزینه

اگر اطلاعیه اقدامات دریافت کردید و با دفتر حقوق بیماران ظرف مدت ۱۰ روز تماس حاصل نمایید شما مستحق دریافت کمک هزینه می‌باشید، کمک هزینه پرداخت به شما اجازه برای دریافت خدمات سلامت روان از MHP را خواهد داد در زمانی که شما در فرآیند بررسی هستید.

اگر اطلاعیه اقدامات دریافت کردید، شما ممکن است درخواست "تسریع" و یا قطعنامه سریع برای بررسی دادخواست خود تحت شرایط سخت کنید.

دفتر حقوق بیماران به شما در پر کردن بررسی دادرسی کمک خواهد کرد. برای درخواست بررسی دادرسی خود، با ۹۵۲-۵۲۵۳ (۸۰۰) تماس بگیرید و یا ارسال کنید به:

وزارت اموراداری قضاوت وداوری بخش خدمات اجتماعی

744 P Street, Mail Station19-37 Sacramento, CA 95814

خدمات روان درمانی ارائه شده:

خدمات روانپزشکی بستری در بیمارستان

خدمات روانپزشکی

خدمات روانشناسی

مدیریت امور مورد هدف

آزمایش اولیه و دوره ای، تشخیص ودرمان(EPSDT)

خدمات توانبخشی

خدمات امکانات مراقبت روانپزشکی

شما می‌توانید در هر زمان شکایت خود را به صورت زبانی یا نوشتاری بیان کنید همچنین می‌توانید فرم شکایت خود را از مشاوره دهنده سلامت روحی و یا دفتر حقوق بیماران بگیرید.

شما می‌توانید شخص دیگری را برای انجام کارهایتان از طرف خود جانشین کنید.

شما تحت تبعیض و یا هر جرمه دیگری برای پر کردن شکایت قرار نخواهید گرفت.

برای خدمات نینفع MEDI-CAL

شما حق تقاضا از دفتر حقوق بیماران و یا درخواست بررسی عادلانه را هنگامی دارید، که MHP از ارائه خدمات سلامت روان سر باز میزند، و یا آن خدمات را کاهش، تغییر و پایان می‌دهد خواه اطلاعیه اقدامات (NOA) را از تامین کننده سلامت روان خود دریافت کنید و یا نکنید. NOA نوشته ایست که از طریق تامین کننده به ذینفع داده شده و از تغییراتی که در خدمات آنها صورت گرفته است اطلاع رسانی میکند.

دادرسی عادلانه ایالتی یک بازبینی مستقل است که توسط اداره تامین اجتماعی ایالت کالیفرنیا به منظور تضمین دریافت خدمات ویژه روان درمانی استحقاقی تحت پوشش MHP باشد.

مراحل و روند شکایت و درخواست

اداره بهداشت روان یک برنامه محلی بهداشت روانی (MHP) برای شهر لس آنجلس است. اگر شما خدمات تخصصی روان درمانی MHP را دریافت میکنید، شما حق دسترسی به خدماتی که مناسب با ناتوانی، فرهنگ، زبان، جنس، سن شما هستند، را دارید. شما خدماتی را دریافت خواهید کرد که به طور مشترک توسط شما و تامین کننده سلامت روان تعیین می‌شود. با استفاده از روند تحلیل ما شما را تشویق به مراقبت، و بیان نگرانی های خود میکنیم.

فرآیند حل مشکل چگونه است:

شما ممکن است شکایتهای خود را با صحبت کردن به طور مستقیم با تامین کننده و یا با نماینده برنامه سلامت روحی خود حل کنید.

شما ممکن است در خواست دستیار از دفتر حقوق بیماران کنید. یک مشاور با شما خواهد بود برای حل و فصل هرگونه مشکلاتی که شما با تامین کننده خود و یا خدمات ارائه شده دارید.

تماس با مدافعان حقوق بیماران :

- شکایات و تجدید نظر که مربوط به بیمارستان نمی‌شود ۴۹۴۹-۷۳۸(۲۱۳)
- شکایات و تجدید نظر که مربوط به بیمارستان می‌شود ۴۸۸۸-۷۳۸(۲۱۳)