

洛杉矶县 - 心理健康部患者权利办公室

客户资料保密: 见福利与机构法规第 5328 节

受益人/客户投诉或申诉及  
授权表

您可以随时提起投诉。

您可以授权他人代表您处理事务。

如果地方心理健康计划有如下行为，您有权向患者权利办公室提起上诉或向州公平听证处申请听证：

1. 拒绝或限制请求服务的批准；
2. 减少、暂停或终止已批准的服务；
3. 拒绝支付全部或部分服务费；
4. 更改服务或无法按时提供服务；
5. 无法按时处理标准投诉、标准申诉或加急申诉。

只有参与 Medi-Cal 的客户，并已完成心理健康计划（MHP）的上诉程序才能申请州公平听证会

**投诉或申诉人**

姓	名	中间名	出生日期	MEDI-CAL 编号

地址	城市	州	邮编	家庭电话

**被投诉或申诉者**

机构/提供者/计划名称	电话

地址	城市	州	邮编



受益人/客户投诉/申诉及授权表  
(续页)

使用和披露健康信息  
授权书

如果签署此文件,即表示您授权洛杉矶县心理健康部患者权利办公室调查您的投诉或申诉。此授权表示您同意您的医疗保健提供者向洛杉矶县心理健康部患者权利办公室出示如下信息以供调查:

- 您过去和现在的医疗记录;及
- 其它与您的投诉或申诉,和/或拒绝或权利相关的信息。

**截止日期:**

本授权将在您的投诉或申诉得到解决之日终止。

**您就本授权享有的权利:**

如果您同意签署本授权,您有权保留本表格的签名副本。

您也有权拒绝签署本授权,且不会影响您接受治疗。

您可以随时书面形式撤销或取消对洛杉矶县心理健康部使用您健康记录信息的授权。您必须在撤回请求上签字,并将其寄往或发往如下地址:

**County of Los Angeles – Department of Mental Health**  
**Patients' Rights Office**  
**550 South Vermont Avenue**  
**Los Angeles, CA 90020**

如果您撤回本授权,我们在您之前授权得到的健康信息,仍可使用并共享。

受益人/客户投诉/申诉及授权表  
(续页)

授权许可: 签署此表格, 即表明本人同意使用和共享上述健康信息。本人了解, 签署授权后被使用或披露的健康信息可能不会被进一步使用或披露, 除非本人作出额外授权, 或法律允许或要求进行使用或披露。

---

客户/客户代表签名

---

日期

---

如果由客户的个人代表签名,  
请陈述与客户的关系并出具相关授权证明

您有免费获取其他语言服务的权利  
致电患者权利办公室:

非院方投诉/申诉- (213) 738-4949  
院方投诉/申诉- (800) 700-9996 或 (213) 738-4888

- ◆ 您是否已按表格要求填写相关信息?
- ◆ 您是否已填写用于联系的电话号码和地址?
- ◆ 您是否已在第 2 页的投诉或申诉部分和本页的授权部分签字?

邮寄地址:

**County of Los Angeles – Department of Mental Health  
Patients' Rights Office  
550 South Vermont Avenue  
Los Angeles, CA 90020**

请务必张贴邮票。