**اطلاعات محرمانه بیمار**
**بخش 2 CFR 42 5328 W&I**

**موسّسه مراقبت بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری**
**بخش بهبود کیفیت و ایجاب طرح ها**

# فرم شکایت یا دادخواست

از این فرم استفاده کنید اگر شما:

1) می خواهید در خصوص هر یک از جنبه های درمانی خود نزد «خدمات بهداشت رفتاری» نارضایتی خود را بیان کنید. نام این درخواست **«شکایت (grievance)»** می باشد.

2) یا، اگر می خواهید علیه تصمیمی که خدمات قبلاً تجویز شده شما را نادیده گرفته، کاهش داده یا محدود کرده است دادخواستی را تنظیم نمائید. نام این درخواست **«دادخواست (appeal)»** می باشد.

شما می توانید از پاکت نامه های آدرس دار جنب این فرم به منظور تسلیم دادخواست/شکایت خود استفاده کنید. به منظور بیان نارضایتی خود «بدون» تکمیل و ارسال فرم، می توانید با نماینده خدماتی یا رئیس خدمات کلینیک خود صحبت کرده و یا با بخش «بهبود کیفیت و ایجاب طرح ها» به شماره تلفن 3074-308 (866) یا شماره TDD 3073-308 (866) تماس حاصل نمائید.

**اطلاعات ارباب رجوع:**

نام ارباب رجوع: _____
آدرس محلی: _____
شهر، ایالت، کد Zip: _____
تلفن: _____ – _____ (_____) شماره امنیت اجتماعی (SSN): _____–_____–_____

**اطلاعات کلینیک:**

نام کلینیکی که ارباب رجوع نزد آن خدمات دریافت می کند؟ _____
آدرس محلی کلینیک: _____
شهر، ایالت، کد Zip کلینیک: _____

**شخص تکمیل کننده این فرم:** شما خود ارباب رجوع هستید؟ _____ بلی _____ خیر
اگر شما دارید این فرم را تکمیل می کنید ولی خود ارباب رجوع دریافت کننده خدمات نیستید، نسبت شما با ارباب رجوع چیست؟
نام شما _____
شماره تلفن شما _____

**اگر به منظور تنظیم یک دادخواست (appeal) این فرم را تکمیل می کنید، لطفاً به سؤالات ذیل پاسخ دهید:**
آیا یک «آگهی اقدام» (Notice of Action یا NOA) دریافت کرده اید؟ _____ بلی _____ خیر
اگر پاسختان مثبت است، حوالی چه تاریخی NOA را دریافت کرده اید؟

**اگر به منظور تنظیم یک شکایت (grievance) این فرم را تکمیل می کنید، لطفاً بطور مختصر نگرانی یا نارضایتی خود را توضیح دهید.**
**(در صورت نیاز به فضای بیشتر، لطفاً ادامه موضوع را در پشت این برگه مرقوم نمائید.)**

_____
_____
_____
_____

_____ ___ 20، _____
امضاء ارباب رجوع (یا نماینده مجاز وی) تاریخ

**تنها برای استفاده دفتری**
تاریخ دریافت در بخش QIPC: _____ تاریخ دریافت در بخش QRT: _____

**نسخه سفید HCA – بخش بهبود کیفیت و ایجاب طرح ها نسخه صورتی مشتری**

F346-706 (06/04) DTP318