



Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor
Alhambra, California 91803



GRIEVANCE FORM

Жалоба (или иск) является выражением недовольства услугами, связанных с процессом лечения зависимости от психоактивных веществ.

Вы можете подать ЖАЛОБУ в любое время или при желании уполномочить другого человека сделать это от Вашего имени.

Вы не станете объектом для дискриминации и не будете никаким образом ущемлены из-за подачи жалобы. Ваша конфиденциальность будет под защитой согласно государственным и федеральным законам.

1. Дата:		
PERSON FILING THE GRIEVANCE		
2. ФИО (Фамилия, Имя, Отчество):	3. Дата рождения (дд/мм/гггг):	4. Номер медицинской страховки:
5. Адрес:	Город:	Индекс:
6. Номер телефона или адрес электронной почты (e-mail):	Можно ли оставить Вам голосовое сообщение? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
REPRESENTATIVE INFORMATION (IF APPLICABLE)		
7. Полное имя или название организации:	8. Отношение к особе, подающей жалобу:	9. Номер телефона:
10. Адрес:	Город:	Индекс:
11. Чтобы уполномочить эту особу или организацию представлять Ваши интересы и подавать жалобу от Вашего имени, пожалуйста, распишитесь здесь: _____		
GRIEVANCE IS BEING FILED AGAINST		
12. Против кого подаётся эта жалоба (лечебное учреждение или SAPC):	13. Номер телефона:	
14. Адрес:	Город:	Индекс:

INFORMATION ABOUT THE GRIEVANCE

15. Пожалуйста, предоставьте описание сути жалобы или иска. Не забудьте включить информацию о времени, событиях, особах, решениях и предпринятых действиях. В случае необходимости предоставьте все дополнительные документы.

16. Напишите имя
печатными буквами:

17. Подпись:

18. Дата:

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Подписывая этот документ, Вы предоставляете разрешение округу Лос-Анджелес, а именно Substance Abuse Prevention and Control, на изучение Вашей жалобы или иска. Это разрешение позволит Вашему лечебному учреждению/-иям раскрыть последующую информацию с целью изучения Вашей жалобы или иска:

- Ваши прошлые и нынешние данные о процессе лечения расстройств, вызванных злоупотреблением психоактивными веществами, а также
- Другую информацию, которая имеет отношение к Вашей жалобе или апелляции, а также нарушению прав или отказе в лечении.

Эта информация не может быть использована или обнародована без получения Вашего личного согласия или временного требования/разрешения на разглашение Ваших данных согласно закону.

Срок действия этого разрешения истечёт в день принятия решения по Вашей жалобе или иску.

EXTERNAL SAPC REVIEW *This section will include communication between SAPC and the agency/provider.*

Эта конфиденциальная информация предоставлена Вам в согласии с государственными и федеральными законами и нормами, которые включают (но не ограничиваются) СООТВЕТСТВУЮЩИЕ законы: Кодекс социального обеспечения, Гражданский кодекс, защита конфиденциальности согласно закону "О перемещаемости и подотчётности страхования здоровья", а также 42 раздел Свода федеральных нормативных актов, часть 2. Копирование этой информации с целью дальнейшего разглашения запрещено без предшествующего письменного согласия пациента, которому принадлежат эти данные, или уполномоченного им представителя, если это не предусмотрено законом.

Комментарии:

Уполномоченное лицо: _____ Проверено: _____ Подпись: _____ Дата: _____

INTERNAL SAPC USE ONLY *This section is reserved for internal SAPC use only.*

Комментарии:

Уполномоченное лицо: _____ Проверено: _____ Подпись: _____ Дата: _____

ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЭТУ ЖАЛОБУ ЛЮБЫМ ИЗ ПОСЛЕДУЮЩИХ СПОСОБОВ:

Email: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

Факс: (626) 458-6692

Почта: Substance Abuse Prevention and Control, Contract and Compliance Division
1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3rd floor
Alhambra, California 91803

**ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ ПО ТЕЛЕФОНУ ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВОПРОСОВ
ЗВОНИТЕ (626) 299-4532**

**Для дополнительной информации по поводу подачи жалобы используйте
справочник пациента или перейдите на сайт**

SAPC: <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

**ЯЗЫКОВЫЕ УСЛУГИ ДОСТУПНЫ ПО ТЕЛЕФОНУ:
1-844-804-7500**