

## MẪU ĐƠN KHÁNG CÁO HOẶC KHIẾU NẠI DÀNH CHO KHÁCH HÀNG

Nếu bạn gặp vấn đề với các dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất kích thích **NGOẠI TRÚ**, vui lòng gọi Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCEHA) hoặc gửi mẫu đơn này qua đường bưu điện (phong bì ghi sẵn địa chỉ sẽ được cung cấp tại chương trình mà bạn đang nhận dịch vụ).

**Để nộp qua đường bưu điện, vui lòng gửi đến:**

**Consumer Center for Health Education and Advocacy**

1764 San Diego Avenue, Suite 200  
San Diego, CA 92110

**Để nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo qua điện thoại, vui lòng gọi:**  
**1-877-734-3258**

*Chúng tôi đặc biệt khuyến khích khách hàng gọi điện để được phục vụ nhanh hơn*

### KHIẾU NẠI HOẶC KHÁNG CÁO LÀ GÌ?

“**Khiếu nại**” là thể hiện sự không hài lòng về bất cứ điều gì liên quan đến dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn do sử dụng chất kích thích của bạn.

“**Kháng cáo**” có thể được thực hiện khi việc cho phép sử dụng dịch vụ bị từ chối, giảm bớt hoặc ngừng.

“**Kháng cáo cấp tốc**” có thể được thực hiện khi bạn hoặc nhà cung cấp của bạn chứng nhận rằng tiến trình kháng cáo tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng hoạt động của bạn.

### **Chúng tôi cần có thể liên hệ với bạn để hỗ trợ.**

Vui lòng cung cấp thông tin giúp chúng tôi dễ dàng liên hệ với bạn ngay cả sau khi bạn rời khỏi cơ sở này.

<b>Tên</b>		<b>Địa chỉ gửi thư</b>	
<b>Số điện thoại</b>		<b>Email</b>	
<b>Phương pháp liên hệ thuận tiện nhất</b>	<input type="checkbox"/> Số điện thoại <input type="checkbox"/> Gửi thư <input type="checkbox"/> Email		

**Hãy liệt kê tên chương trình/cơ sở mà bạn đang nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo vào khung bên dưới**

**Hãy ghi rõ cho chúng tôi biết về vấn đề của bạn vào khung bên dưới (sử dụng mặt sau của biểu mẫu nếu cần thêm chỗ trống)**

**PROGRAM NOTICE:** This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

**FOR OFFICE USE ONLY:** Date Received \_\_\_\_\_

**Quận San Diego tuân thủ luật dân quyền của Bang và Liên bang và không phân biệt đối xử trái với pháp luật, không loại trừ hoặc đối xử khác biệt với các cá nhân do giới tính, sắc tộc, màu da, tôn giáo, nguồn gốc tổ tiên, quốc gia, nhận dạng dân tộc thiểu số, tuổi tác, khuyết tật tâm thần, khuyết tật cơ thể, tình trạng bệnh tật, thông tin di truyền, tình trạng hôn nhân, giới tính, nhận dạng giới tính hay xu hướng tình dục.**

Bạn có tin rằng mình đã bị phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt do thuộc bất kỳ nhóm nào được bảo vệ ở trên khi tiếp cận các dịch vụ sức khỏe tâm thần hoặc rối loạn sử dụng chất kích thích không?

Có  Không

**(Nếu có, vui lòng giải thích bên dưới)**

<b>Chữ ký khách hàng</b>		<b>Ngày</b>	
--------------------------	--	-------------	--

Nếu mẫu đơn này được hoàn thành bởi người đại diện được ủy quyền (AR) cho khách hàng, vui lòng điền vào bên dưới:

<b>Tên đại diện được ủy quyền</b>		<b>Ngày</b>	
<b>Chữ ký đại diện được ủy quyền</b>		<b>Mối quan hệ với khách hàng</b>	

Để biết thêm thông tin về Quy trình Khiếu nại và Kháng cáo, vui lòng yêu cầu một bản sao **Sổ tay Sức khỏe Hành vi Tích hợp dành cho Thành viên (DMC-ODS & SMHS)** tại chương trình/cơ sở mà bạn đang nhận dịch vụ.

Thông tin này cũng có sẵn dưới dạng điện tử tại liên kết sau:

[https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary\\_and\\_families.html](https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html)

**PROGRAM NOTICE:** This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

BHS QA Rev. 08/2025