فرم اعتراض یا استیناف خدمات گیرنده

اگر با خدمات سلامت روانی یا خدمات اختلالات مصرف مواد بستری/سکونتی خود مشکلی دارید، با سرویس مدافعه بیماران JFS ( (JFS Patient Advocacy در شماره تلفن زیر تماس حاصل کنید.ما باید بتوانیم با شما تماس بگیریم. لطفاً مشخصات تماس خود را ارائه کنید تا بتوانیم حتی وقتی که مرکز را ترک کرده اید براحتی با شما در ارتباط باشیم.

نام شما:

آدرس شما:

نام برنامه/مرکز:

شماره تلفن شما:

 آدرس ایمیل شما:

لطفاً مشکل را توضیح دهید (در صورت نیاز به فضای بیشتر از پشت برگه استفاده کنید):

هرچه زودتر با ما تماس بگیرید. ما سعی می کنیم مشکلات را خیلی سریع و وقتی در مرکزحضور دارید رفع کنیم. یک پاکت آدرس دار برای پست کردن این فرم به JFS در دسترس می باشد.

**JFS - Patient Advocacy**

**8804 Balboa Avenue, San Diego, CA 92123**

**با 619-282-1134 یا این شماره تماس بگیرید**

**1-800-479-2233**

منظور از اعتراض یا استیناف چیست؟

* **"اعتراض"** به ***هرگونه*** اظهار نارضایتی درباره خدمات گفته می شود.
* اگر مجوز ارائه خدمات رد، کاهش یا متوقف شده باشد می توان تقاضای **"استیناف"** کرد.
* اگر شما یا ارائه کننده شما گواهی کنید که زمان بندی های استاندارد استیناف موجب بروز خطرات جدی برای جان، سلامت یا توانایی عملکردی خواهد شد، می توان تقاضای **"استیناف تسریع یافته"** داد.

اعلامیه مرکز: این فرم باید براحتی در دسترس خدمات گیرندگان بوده و در جایی قرار داده شود که خدمات گیرندگان بتوانند خودشان آنرا بردارند. هیچیک از روال های داخلی اعتراض یا شکایت برنامه نباید جایگزین این فرم و روال بشوند.