



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



ԲՈՂՈՔԻ ՁԵՎԱՆՄՈՒՇ

Բողոքը (կամ դժգոհությունը) ձեր կողմից թմրամիջոցների օգտագործումից բուժման ծառայությունների հանդեպ դժգոհության արտահայտումն է:

Դուք կարող եք ԲՈՂՈՔ ներկայացնել ցանկացած ժամանակ և կարող եք լիազորել մեկ այլ անձի՝ գործել ձեր անունից, եթե ցանկանում եք:

Բողոքը ներկայացնելու համար ձեր նկատմամբ չի կիրառվի խտրական վերաբերմունք կամ այլ պատիժ: Ձեր գաղտնիությունը կապահովվի Նահանգային և Դաշնային օրենքներին համապատասխան:

1. Ամսաթիվ			
PERSON FILING THE GRIEVANCE			
2. Անուն (ազգանուն, անուն և երկրորդ անուն)	3. Ծննդյան ամսաթիվ (ամիս/օր/տարի)	4. Medi-Cal կամ MHLA #	
5. Հասցե. փողոց	Քաղաք	Փոստային ինդեքս	
6. Հեռախոսահամար կամ էլ. հասցե	Կցանկանա՞ք ձայնային հաղորդագրություն թողնել <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		
REPRESENTATIVE INFORMATION (IF APPLICABLE)			
7. Անձի/ կազմակերպության անուն	8. Ձեր կապը դիմումը ներկայացնող անձի հետ	9. Հեռախոսահամար	
10. Հասցե. փողոց	Քաղաք	Փոստային ինդեքս	
11. Այս անձին/կազմակերպությանը լիազորելու, որպես ձեր անունից բողոքը ներկայացնող անձ հանդես գալու համար, խնդրում ենք ստորագրել այստեղ _____			
GRIEVANCE IS BEING FILED AGAINST			

12. Ու՞մ դեմ է հարուցվել այս բողոքը (բուժող բժշկի կամ SAPC-ի)	13. Հեռ.համար	
14. Հասցե. փողոց	Քաղաք	Փոստային ինդեքս

INFORMATION ABOUT THE GRIEVANCE

15. Խնդրում ենք շարադրել ձեր բողոքը: Ներառեք այնպիսի տեղեկություններ, ինչպիսիք են՝ ամսաթիվը, իրադարձությունները, ներգրավված անհատները, որոշումները և գործողությունները: Անհրաժեշտության դեպքում կցեք հավելյալ փաստաթղթեր:

16. Անուն	17. Ստորագրություն	18. Ամսաթիվ
-----------	--------------------	-------------

**ԱՌՈՂՁՈՒԹՅԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ
ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ԼԻԱԶՈՐԱԳԻՐ**

Ստորագրելով այս փաստաթուղթը, դուք Լոս Անջելես Վարչական Շրջանի Առողջապահական Ծառայությունների Դեպարտամենտին, Substance Abuse Prevention and Control-ին տալիս եք թույլտվություն՝ քննելու ձեր բողոքը: Այս Լիազորագիրը ծառայությունը տրամադրողին/երին/ թույլ կտա բացահայտել հետևյալ տեղեկատվությունը՝ ձեր բողոքը ուսումնասիրելու համար.

- **Թմրամիջոցների օգտագործման հետ կապված անցյալում և ներկա ձեր խանգարումների բուժման արձանագրությունները, և**
- **Այլ տեղեկություններ ձեր բողոքի, բողոքարկման և/կամ մերժման կամ իրավունքների վերաբերյալ:**

Այս տեղեկատվությունը չի կարող հետագայում օգտագործվել կամ բացահայտվել, քանի դեռ չկա ձեր կողմից տրամադրված այլ լիազորագիր, կամ եթե բացահայտումը հատուկ կերպով թույլատրված է, կամ պահանջվում է օրենքով:

Այս Լիազորագրի ժամկետը կլրանա ձեր Բողոքի կամ Բողոքարկման հետ կապված որոշման ընդունման օրը:

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

Այս գաղտնի տեղեկատվությունը տրամադրվում է ձեզ համաձայն Նահանգային և Դաշնային օրենքների և կարգավորումների, ներառյալ, բայց ոչ միայն՝ ԳՈՐԾՈՂ Սոցիալական Ապահովության և Հաստատությունների Օրենսգրքը, Քաղաքացիական Օրենսգրքը, ԱԱԳԴՕ (Առողջապահական Ապահովագրության Պատասխանատվության և Դյուրակիրառության Օրենք)-ի Գաղտնիության Ստանդարտները և 42 ՄՀԽ (Միջազգային Հարաբերությունների Խորհուրդ)-ի 2-րդ մասը: Այս տեղեկատվության կրկնօրինակումը հետագա բացահայտման համար արգելված է՝ առանց հիվանդի/լիազորված ներկայացուցչի նախնական գրավոր թույլտվության, եթե այլ բան նախատեսված չէ օրենքով:

Մեկնաբանություններ.

Նշանակված աշխատակազմ _____ Դիտարկվել է _____ կողմից
Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

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

Մեկնաբանություններ.

Նշանակված աշխատակազմ _____ Դիտարկվել է _____ կողմից
Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

**ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԲՈՂՈՔԻ ՁԵՎԱՆՍՈՒՇԸ ՀԵՏԵՎՅԱԼ
ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ ՏԱՐԲԵՐԱԿՈՎ**

Էլ-փոստ. SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

Ֆաքս. (626) 458-6692

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

**ԲՈՂՈՔԸ ՀԵՌԱԽՈՍՈՎ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ԿԱՄ ՀԱՐՑԵՐԻ ՀԱՄԱՐ
ՉԱՆԳԱՀԱՐԵՔ՝
(626) 299-4532**

**Բողոքը ներկայացնելու հետ կապված լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝
օգտվեք Հիվանդի Ձեռնարկից կամ այցելեք SAPC վեբ-կայք՝
<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>**

ԼԵԶՎԻ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՍԱՆԵԼԻ Է՝ ՉԱՆԳԱՀԱՐԵԼՈՎ

1-844-804-7500