



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



ទម្រង់ពាក្យស្តោក

បណ្តឹងគឺជាការសម្តែងនូវការមិនពេញចិត្តចំពោះសេវាកម្មថែទាំទៅលើការប្រើប្រាស់វត្ថុធាតុមិនត្រឹមត្រូវ។ លោកអ្នកអាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងបានគ្រប់ពេលទាំងអស់។

លោកអ្នកក៏អាចផ្តល់សិទ្ធិជាផ្លូវការទៅដល់បុគ្គលណាម្នាក់ក្នុងការជំនួសមុខអោយអ្នកផងដែរ ប្រសិនបើអ្នកចង់។

លោកអ្នកនឹងមិនត្រូវបានរើសអើងឬទទួលការពិន័យអ្វីមួយដោយការដាក់ពាក្យបណ្តឹងនោះទេ។

ការសម្ងាត់របស់លោកអ្នកត្រូវបានការពារដោយផ្អែកទៅលើច្បាប់រដ្ឋនិងសហព័ន្ធ។

1. កាលបរិច្ឆេទ:		
PERSON FILING THE GRIEVANCE		
2. នាមត្រកូល (ឈ្មោះត្រកូល និងឈ្មោះកណ្តាល):	3. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	4. លេខសម្គាល់ Medi-Cal ឬ MHLA:

5. អស័យដ្ឋានផ្លូវ:	ទីក្រុង	លេខកូដតំបន់:
6. លេខទូរស័ព្ទឬអ៊ីម៉ែល:	តើពួកយើងអាចទុកឯកសារជាសម្លេងទៅកាន់អ្នកបានដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាន <input type="checkbox"/> ទេ	

REPRESENTATIVE INFORMATION (IF APPLICABLE)

7. ឈ្មោះបុគ្គល/ស្ថាប័ន:	8. ទំនាក់ទំនងជាមួយបុគ្គលដាក់ពាក្យបណ្តឹង:	9. លេខទូរស័ព្ទ:
-------------------------	--	-----------------

10. អស័យដ្ឋានផ្លូវ:	ទីក្រុង	លេខកូដតំបន់
---------------------	---------	-------------

11. ដើម្បីផ្តល់សិទ្ធិទៅដល់បុគ្គលឬស្ថាប័នដើម្បីជំនួសមុខដល់អ្នកក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសូមធ្វើការចុះហត្ថលេខានៅទីនេះ:

GRIEVANCE IS BEING FILED AGAINST

12. ស្ថាប័នរងបណ្តឹង (អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរថេទាំឬ SAPC):	13. លេខទូរស័ព្ទ:
--	------------------

14. អស័យដ្ឋានផ្លូវ:	ទីក្រុង	លេខកូដតំបន់:
---------------------	---------	--------------

INFORMATION ABOUT THE GRIEVANCE

15. សូមធ្វើការរៀបរាប់អំពីបណ្តឹងរបស់លោកអ្នក។
 សូមបញ្ជាក់មកជាមួយនូវកាលបរិច្ឆេទ
 ហេតុការណ៍កើតឡើងរួមជាមួយនឹងការសម្រេចចិត្ត
 សកម្មភាពនិងបុគ្គលដែលពាក់ព័ន្ធ។
 សូមភ្ជាប់ឯកសារមកបន្ថែមប្រសិនបើចាំបាច់។

16. ឈ្មោះ:	17. ហត្ថលេខា:	18. កាលបរិច្ឆេទ:
------------	---------------	------------------

ការអនុញ្ញាតិក្នុងការប្រើប្រាស់និងបង្ហាញព័ត៌មានអំពីសុខភាព

ដោយចុះហត្ថលេខានៅលើឯកសារនេះបានន័យថាអ្នកយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិទៅដល់ Los Angeles County – Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control

ដើម្បីធ្វើការស៊ើបអង្កេតអំពីបណ្តឹងរបស់អ្នក។

ការផ្តល់សិទ្ធិអនុញ្ញាត្តិនេះគឺបានន័យថាអ្នកព្រមអនុញ្ញាត្តិអោយផ្នែកផ្តល់សេវាកម្មសុខភាពរបស់លោកអ្នកបង្ហាញព័ត៌មានដើម្បីស៊ើបអង្កេតបណ្តឹងរបស់អ្នក:

- កំណត់ត្រាក្នុងការប្រើប្រាស់សេវាកម្មថែទាំរបស់អ្នកកាលពីអតីតកាលនិងនាពេលបច្ចុប្បន្ន
- ព័ត៌មានផ្សេងៗទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបណ្តឹងការបដិសេដឬសិទ្ធិរបស់អ្នក

ព័ត៌មាននេះមិនអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ឬបង្ហាញក្នុងពេលខាងមុខទៀតនោះទេ

លុះត្រាតែទទួលបានការអនុញ្ញាត្តិពីអ្នកសារជាថ្មីម្តងទៀតឬនៅពេលដែលត្រូវបានទាមទារដោយច្បាប់។

ការអនុញ្ញាត្តិនេះនឹងអស់សុពលភាពនៅថ្ងៃដែលបណ្តឹងរបស់អ្នកមានដំណោះស្រាយ។

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

ព័ត៌មានសម្ងាត់នេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកដោយផ្អែកលើច្បាប់និងបទបញ្ញត្តិរដ្ឋនិងសហព័ន្ធត្រាមដោយស្ថាប័នសុខាភិបាល ច្បាប់ក្រមសីលធម៌ ច្បាប់រដ្ឋបាល រដ្ឋស្តង់ដារឯកជនភាព HIPAA 42 CFR ផ្នែកទី២ និងស្ថាប័នដែលពាក់ព័ន្ធ។
ការចម្លងព័ត៌មានដើម្បីប្រើប្រាស់នៅពេលខាងមុខបន្តទៀតត្រូវបានហាមឃាត់ប្រសិនបើគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នកជម្ងឺឬតំណាងផ្លូវការណាមួយនោះទេលុះត្រាតែត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

មតិយោបល់:

បុគ្គលិកចាត់តាំង: _____ ត្រូវបានពិនិត្យមើលដោយ: _____ ហត្ថលេខា: _____
កាលបរិច្ឆេទ: _____

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

មតិយោបល់:

បុគ្គលិកចាត់តាំង: _____ ត្រូវបានពិនិត្យមើលដោយ: _____
ហត្ថលេខា: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

លោកអ្នកអាចធ្វើការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមរយៈវិធីណាមួយក៏បានខាងក្រោម:

អ៊ីម៉ែល: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov
ហ្វាក្រូ(លេខទំនាក់ទំនង): (626) 458-6692

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

ដើម្បីធ្វើការដាក់ពាក្យបណ្តឹងតាមរយៈការហៅទូរស័ព្ទឬសម្រាប័សំណួរផ្សេងៗសូមទំនាក់ទំនងទៅកាន់លេខ - (626) 299-4532

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសូមមើលនៅក្នុងសៀវភៅដៃអ្នកជម្រុះរបស់លោកអ្នកឬចូលទៅកាន់គេហទំព័ររបស់ SAPCs តាមរយៈ:

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

ទំនាក់ទំនងជំនួយការផ្នែកភាសាតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទ: 1-844-804-7500