



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



Isang porma ng GRIEVANCE (reklamo)

Ang isang GRIEVANCE (reklamo) ay paghahayag ng iyong hindi pagkatuwa sa serbisyong natanggap sa aming tanggapan.

Maaari kang magsumite ng iyong reklamo anumang oras. Pwede ka ring magbigay-pahintulot o payagan ang ibang tao na maghain nito.

Ikaw ay hindi bibigyan ng anumang parusa o sasailalim sa anumang diskriminasyon sa paghahain ng reklamong ito.

Ang iyong pagkakakilanlan ay pangangalagaan sang-ayon sa lahat ng State at Federal law.

1. Petsa:		
TAONG NAGHAHAIN NG REKLAMO		
2. Pangalan (Apelyido, Una, at Gitna):	3. Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy):	4. Medi-Cal or MHLA #:
5. Address o Tirahan:	Siyudad:	Zip Code:
6. Numero ng telepono o e-mail:	Maaari ba mag-iwan ng voice message? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
IMPORMASYON TUNGKOL SA KINATAWAN (KUNG KAILANGAN)		
7. Pangalan:	8. Relasyon sa taong nagrereklamo:	9. Numero ng telepono:
10. Address:	Siyudad	Zip Code
11. Aking pinahihintulutan ang taong ito na aking maging kinatawan at siyang maghahain ng reklamo para sa akin. Pirma: _____		
REKLAMO		
12. Pangalan ng inirereklamo (treatment provider o ang SAPC):		13. Numero ng telepono:
14. Address:	Siyudad:	Zip Code:

IMPORMASYON TUNGKOL SA REKLAMO

15. Magbigay ng deskripsyon o pagsasalarawan tungkol sa iyong reklamo. Isama ang mga mahahalagang impormasyon tulad ng petsa, mga pangyayari, mga indibidwal, at kanilang mga desisyon at aksyon na ginawa. Maglakip din ng karagdagang mga dokumento kung kinakailangan.

16. Pangalan:

17. Pirma:

18. Petsa:

PAGPAPAHINTULOT SA PAGGAMIT AT PAGPAPABATID NG IMPORMASYON PANGKALUSUGAN

Sa pagpirma ng dokumentong ito, binibigyan mo ng permiso ang Los Angeles County – Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control na mag-imbetiga tungkol sa iyong reklamo. Dahil sa awtorisasyon na ito, pinapayagan mo ang iyong mga treatment provider(s) na maglahad ng impormasyon tungkol sa:

- **Rekord o tala tungkol sa iyong substance use disorder treatment noon at ngayon; at**
- **Iba pang information na may kaugnayan sa iyong reklamo at apela**

Ang impormasyon na ito ay hindi maaaring gamitin o ipagbigay-alam maliban na lamang kung may pahintulot kaming matatanggap mula sa iyo o kung hiniling o kinailangan nang ayon sa batas.

Ang authorization o pagpapahintulot na ito ay mawawalan ng bisa sa petsa ng resolusyon ng iyong reklamo o apela.

EXTERNAL SAPC REVIEW *Ang bahaging ito ay maglalakip ng usapan sa pagitan ng SAPC at ng provider.*

Ang kompidensyal na impormasyon na ito ay ibinigay sa iyo ayon sa kasunduan ng State at Federal laws at mga patakarang alinsunod sa Welfare and Institutions Code, Civil Code, HIPAA Privacy Standards, and 42 CFR Part 2. Ang pagpaparami ng kopya na ito para sa pagpapalaganap ay ipinagbabawal kung walang nakasulat na permiso ng pasyente o ng kanyang authorized representative o sa kapag ipinag-utos ng batas.

Komento:

Tauhang nakatalaga: _____ Ni-rebyu ni: _____ Pirma: _____ Petsa: _____

INTERNAL SAPC USE ONLY *Ang bahaging ito reserbado para sa SAPC lamang.*

Komento:

Tauhang nakatalaga: _____ Ni-rebyu ni: _____ Pirma: _____ Petsa: _____

MAAARI MONG ISUMITE ANG FORM NA ITO SA MGA PARAANG ITO:

Email: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

Fax: (626) 458-6692

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

**SA ANUMANG KATANUNGAN O KUNG NAIS MONG MAGSUMITE NG REKLAMO
SA PAMAMAGITAN NG TELEPONO, TUMAWAG SA (626) 299-4532**

Para sa karagdagang impormasyon sa paghahain ng iyonh reklamo, mangyaring sumangguni sa iyong Patient Handbook or bisitahin ang webpage ng SAPC sa <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

**KUNG KAILANGAN MO NG TULONG SA WIKANG IYONG SINASALITA,
TUMAWAG SA: 1-844-804-7500**