



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



## GRIEVANCE FORM

**Khiếu nại (hoặc phàn nàn) là biểu hiện của sự không vui về các dịch vụ điều trị sử dụng chất của quý vị.**

**Quý vị có thể nộp ĐƠN KHIẾU NẠI bất cứ lúc nào và nếu quý vị muốn có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt quý vị.**

**Quý vị sẽ không phải chịu sự phân biệt đối xử hoặc bất kỳ hình phạt nào khác khi nộp đơn khiếu nại. Tính bảo mật của quý vị sẽ được bảo vệ theo luật của Tiểu bang và Liên bang.**

1. Ngày:		
<b>NGƯỜI NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI</b>		
2. Tên (Họ, Tên và Tên đệm):	3. Ngày sinh (tháng/ngày/năm):	4. Medi-Cal hoặc MHLA #:
5. Địa chỉ đường:	Thành phố	Mã zip:
6. Số điện thoại hoặc e-mail:	Có thể để lại một tin nhắn thoại không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>THÔNG TIN NGƯỜI ĐẠI DIỆN (NẾU ÁP DỤNG)</b>		
7. Tên người/Công ty:	8. Mối quan hệ với người nộp đơn:	9. Số điện thoại:
10. Địa chỉ đường:	Thành phố	Mã Zip
11. Để ủy quyền cho người/tổ chức này hành động thay mặt quý vị, với tư cách là người nộp đơn khiếu nại, vui lòng ký vào đây: _____		
<b>ĐƠN KHIẾU NẠI ĐƯỢC NỘP ĐỂ KHIẾU NẠI</b>		
12. Ai là người bị khiếu nại (nhà cung cấp điều trị hoặc SAPC):		13. Số điện thoại:
14. Địa chỉ đường:	Thành phố	Mã zip:

### THÔNG TIN VỀ VIỆC KHIẾU NẠI

15. Vui lòng cung cấp mô tả về khiếu nại (hoặc phàn nàn). Bao gồm thông tin như ngày, sự kiện và cá nhân, quyết định, hành động liên quan. Đính kèm bất kỳ tài liệu bổ sung, khi cần thiết.

16. Tên viết in hoa:

17. Chữ ký:

18. Ngày:

### **ỦY QUYỀN SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN Y TẾ**

Bằng cách ký vào tài liệu này, quý vị cho phép Quận Los Angeles - Bộ Y tế Công cộng, Substance Abuse Prevention and Control để điều tra phàn nàn/khiếu nại của quý vị. Ủy quyền này sẽ cho phép (các) nhà cung cấp điều trị của quý vị tiết lộ các thông tin sau đây để điều tra phàn nàn/khiếu nại của quý vị:

- Hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất trong quá khứ và hiện tại của quý vị; và
- Các thông tin khác liên quan đến khiếu nại hoặc kháng cáo của quý vị và/hoặc từ chối hoặc quyền.

Thông tin này không thể được sử dụng hoặc tiết lộ thêm trừ khi nhận được ủy quyền khác từ quý vị hoặc khi việc tiết lộ được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu cụ thể.

Ủy quyền này sẽ hết hạn vào ngày giải quyết Khiếu nại hoặc Kháng cáo của quý vị.

**ĐÁNH GIÁ BÊN NGOÀI CỦA SAPC** Phần này sẽ bao gồm giao tiếp giữa SAPC và đại lý/nhà cung cấp.

Thông tin bí mật này được cung cấp cho quý vị theo luật pháp và quy định của Tiểu bang và Liên bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở Bộ luật Phúc lợi và Định chế, Bộ luật Dân sự, Tiêu chuẩn Bảo mật của HIPAA và 42 CFR Phần 2 HIỆN HÀNH. Sao chép thông tin này để tiết lộ thêm bị cấm mà không có sự cho phép trước bằng văn bản của bệnh nhân/người đại diện được ủy quyền cho người đó liên quan trừ khi luật pháp cho phép.

Nhận xét:

Nhân viên được phân công: \_\_\_\_\_ Được đánh giá bởi: \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**CHỈ SỬ DỤNG NỘI BỘ CỦA SAPC** Phần này chỉ dành riêng cho sử dụng nội bộ của SAPC .

Nhận xét:

Nhân viên được phân công: \_\_\_\_\_ Được đánh giá bởi: \_\_\_\_\_ Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**QUÝ VỊ CÓ THỂ GỬI MẪU ĐƠN KHIẾU NẠI BẰNG BẤT CỨ CÁCH NÀO SAU ĐÂY:**

Email: [SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov](mailto:SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov)

Fax: (626) 458-6692

Mail: Substance Abuse Prevention and Control, Contract and Compliance Division  
1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3<sup>rd</sup> floor  
Alhambra, California 91803

**ĐỀ NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI QUA ĐIỆN THOẠI HOẶC NẾU QUÝ VỊ CÓ CÂU HỎI NÀO -  
(626) 299-4532**

**Để biết thêm thông tin về việc nộp đơn Khiếu nại, hãy tham khảo Sổ tay Bệnh nhân của quý vị hoặc truy cập Trang web của SAPC tại <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>**

**HỖ TRỢ NGÔN NGỮ CÓ SẴN BẰNG CÁCH GỌI ĐIỆN ĐẾN:  
1-844-804-7500**