**نموذج تظلم أو استئناف العميل**

**نحن بحاجة إلى التمكن من االتصال بك**. يرجى توفير المعلومات التي ستسهل علينا االتصال بك حتى بعد مغادرتك هذه

المنشأة.

اسمك:

عنوانك:

اسم البرنامج/المنشأة:

رقم هاتفك:

بريدك اإللكتروني:

أخبرنا بمشكلتك: (استخدم ظهر الورقة إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية)

**اتصل بنا في أقرب وقت ممكن**. نحن نحاول حل المشكالت بسرعة أثناء وجودك في هذه المنشأة. يتوفر مظروف موجه إلى

عنواننا إلرسال هذا النموذج عبر البريد إلى .JFS

**JFS - Patient Advocacy**

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

619-282-1134

اتصل على

**1-800-479-2233 أو**

**إشعار المنشأة:** ينبغي أن يتوفر نموذج التظلم هذا للعمالء دون أن يضطروا لطلبه من طاقم العمل. ال يمكن استبدال نموذج وإجراء التظلم هذا بأي إجراء تظلم أو شكوى

داخلي للمنشأة.

**ما هو التظلم أو االستئناف؟**

 **"التظلم"** عبارة عن ***أي*** تعبير عن عدم الرضا بشأن خدماتك.

 يمكن تقديم **"االستئناف"** عند رفض أو خفض أو إيقاف إذن خدمات خطة الصحة النفسية.

 يمكن تقديم **"االستئناف العاجل"** عندما تشهد أنت أو مزودك أن الفترة الزمنية القياسية لالستئناف يمكن أن تعرض

حياتك أو صحتك أو قدرتك على العمل إلى الخطر بشكل ج ّدي.

4/9/19 Arabic.BHS QM Rv