

## نموذج التظلم أو الاستئناف الذي قدمه العميل

إذا كنت تواجه مشكلة في خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين/المقيمين أو تعاطي المخدرات، فيرجى الاتصال the Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Program على رقم الهاتف الموضح أدناه أو إرسال هذا النموذج عبر البريد (ستتوفر أظرف معنونة باسم المرسل وتتاح على البرنامج الذي تتلقى الخدمات من خلاله).

<p><b>لإرسال تظلم أو استئناف عبر الهاتف، يرجى الاتصال بالأرقام:</b> <b>619-282-1134 or 1-800-479-2233</b></p> <p>نوصي العملاء بشدة بالاتصال للحصول على خدمة أسرع</p>	<p><b>للإرسال عبر البريد، أرسل إلى:</b> <b>Jewish Family Service of San Diego</b> <b>Joan &amp; Irwin Jacobs Campus</b> <b>Turk Family Center Community Services Building</b> <b>8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123</b></p>
--	---

### ما التظلم أو الاستئناف؟

<p>"الاستئناف" إجراء يمكن اتخاذه عند رفض السماح بالخدمات أو تقليصها أو إيقافها.</p> <p>"الاستئناف العاجل" إجراء يمكن اتخاذه عندما ترى أنت أو مقدم الخدمة لديك أن الجدول الزمني المحدد للاستئناف المعتاد قد يعرض حياتك أو صحتك أو أداءك الوظيفي للخطر.</p>	<p>"التظلم" هو تعبير عن الاستياء تجاه شيء يخص صحتك النفسية أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات.</p>
---	--

نحتاج إلى التمكن من التواصل معك لتقديم المساعدة.

يرجى تقديم المعلومات التي من شأنها تيسير تواصلنا معك حتى بعد مغادرتك هذه المنشأة.

الاسم	عنوان البريد
رقم الهاتف	البريد الإلكتروني
أفضل طريقة للتواصل	<input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> البريد <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني

اكتب أدناه اسم البرنامج/المنشأة التي ترسل تظلمك أو استئنافك بشأنها

أخبرنا عن مشكلتك أدناه (استخدم ظهر النموذج إذا كنت بحاجة لمساحة إضافية)

**PROGRAM NOTICE:** This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

FOR OFFICE USE ONLY: Date Received \_\_\_\_\_

تتبع مقاطعة سان دييغو قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والمتعلقة بالولاية ولا تقوم بالتمييز على نحو غير قانوني ضد أشخاص أو استبعادهم أو معاملتهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو السلالة أو اللون أو الدين أو الأسلاف أو الأصل القومي أو تحديد المجموعة العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسانية أو التوجه الجنسي. هل ترى أنك تعرضت للتمييز أو الإقصاء أو المعاملة المختلفة بناءً على أي من الفئات المحمية المذكورة أعلاه أثناء حصولك على خدمات الصحة النفسية أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات؟  
 نعم  لا  
(إذا كان الجواب بنعم، فيرجى التوضيح أدناه)

	التاريخ		توقيع العميل
--	---------	--	--------------

في حال إكمال هذا النموذج عن طريق الممثل المفوض نيابة عن العميل، فيرجى إكمال البيانات التالية:

	التاريخ		اسم الممثل المفوض
	علاقته بالعميل		توقيع الممثل المفوض

لمزيد من المعلومات حول عملية التظلمات والاستئنافات، اطلب نسخة من دليل عضو الصحة السلوكية المتكاملة (DMC-ODS & SMHS) على البرنامج/المنشأة التي تتلقى خدماتك من خلالها.

تتاح هذا المعلومات إلكترونياً أيضاً على الرابط

التالي: [https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary\\_and\\_families.html](https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html)