



Mẫu Khiếu nại, Kháng cáo, hoặc Kháng cáo Khẩn cấp

Trả lại mẫu đơn đã được điền đầy đủ cho quầy tiếp tân, hoặc bạn có thể yêu cầu một phong bì có dán tem để gửi nộp đơn khiếu nại, kháng cáo, hoặc kháng cáo khẩn cấp.

Ngày: _____

Khiếu nại

Kháng cáo

Kháng cáo Khẩn cấp

Thông tin về Khách hàng:

Tên: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ _____

Điện thoại/E-mail: _____

Cách tốt nhất để liên lạc với tôi: _____

Vấn đề hoặc quan ngại của tôi là về chương trình hoặc nhà cung cấp sau đây: _____

Mô tả vấn đề hoặc quan ngại (kèm thêm trang nếu cần thiết): _____

Những gì tôi muốn phải xảy ra: _____

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Quận Marin
Dịch vụ Y tế Hành vi và Phục hồi – Ban Quản lý Chất lượng
20 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903

Tôi ủy quyền cho người sau đây hành động thay mặt cho
tôi: _____

Tôi hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, ghi tên và hội đủ điều kiện nhận
phúc lợi sẽ không dựa vào việc ký tên hoặc từ chối ký tên giấy ủy quyền
này.

Chữ ký của khách hàng hoặc Đại diện được ủy quyền hợp pháp:

_____ Ngày: _____

Chữ ký, nếu không được ký bởi khách hàng hoặc Đại diện ủy
quyền:

_____ Ngày: _____

THÔNG BÁO ĐẾN CÁC KHÁCH HÀNG Ủy ban Khoa học Hành vi (Board of Behavioral Sciences) sẽ nhận và hồi đáp các khiếu nại liên quan đến các dịch vụ được cung cấp trong phạm vi hành nghề của (chuyên viên trị liệu hôn nhân và gia đình, bác sĩ tâm lý giáo dục đã được cấp bằng, nhân viên xã hội lâm sàng hoặc cố vấn lâm sàng chuyên môn). Quý vị có thể liên hệ ủy ban online tại www.bbs.ca.gov, hoặc bằng cách gọi đến (916) 574-7830

Chỉ dành cho Văn phòng sử dụng Ngày nhận _____

Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Quận Marin
Dịch vụ Y tế Hành vi và Phục hồi – Ban Quản lý Chất lượng
20 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903

Quận Marin: Khiếu nại Dịch vụ Y tế Hành vi và Phục hồi (BHRS)

Quận Marin cam kết tìm giải pháp cho những vấn đề bạn phải đối mặt với khi nhận các dịch vụ từ BHRS. Là khách hàng của BHRS, bạn được khuyến khích (nhưng không bắt buộc) thảo luận các vấn đề về dịch vụ với nhà cung cấp của bạn. Nếu bạn vẫn không hài lòng với các dịch vụ nhận được thì bạn có quyền nộp đơn khiếu nại.

Bạn sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công vì khiếu nại, kháng cáo, hoặc kháng cáo khẩn cấp. Thành viên sẽ tiếp tục được

nhận các dịch vụ trong quá trình khiếu nại.

NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

Khiếu nại và kháng cáo có thể được nộp bằng miệng hoặc bằng văn bản cho Ban Quản lý Chất lượng BHRS. Bạn cũng có thể cung cấp thông tin bổ sung bất cứ lúc nào trong quá trình khiếu nại. Bạn có thể sử dụng mẫu đơn trong tài liệu này để nộp đơn khiếu nại.

Ban Quản lý Chất lượng BHRS sẽ gửi cho bạn một lá thư xác nhận đã nhận được khiếu nại, kháng cáo hoặc kháng cáo khẩn cấp.

Nếu có thắc mắc hoặc cần được giúp đỡ trong việc nộp

đơn khiếu nại hoặc kháng cáo, vui lòng gọi:

Đường dây Tiếp cận: 1 (888) 818-1115

Thông tin và mẫu đơn có thể tìm thấy tại:

<https://www.marinhhs.org/bchavioral-health-recovery-services>

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của bạn và cung cấp trả lời bằng văn bản cho bạn hoặc đại diện được ủy quyền của bạn trong vòng **30 ngày lịch** sau khi nhận.

NỘP ĐƠN KHÁNG CÁO

Khách hàng có Medi-Cal có quyền nộp đơn kháng cáo trong vòng 60 ngày kể từ ngày nhận được Quyết định

Bất lợi nếu các dịch vụ bị từ chối, sửa đổi, chấm dứt, trì hoãn bất hợp lý, hoặc nếu BHRS không hành động theo thời hạn do Tiểu bang quy định để giải quyết các khiếu nại và kháng cáo.

Kháng cáo có thể được nộp bằng miệng hoặc bằng văn bản. Kháng cáo bằng miệng phải được tiếp theo bằng văn bản của bạn hoặc người đại diện được ủy quyền.

Kháng cáo của bạn sẽ được xem xét và một Thông báo Giải quyết Khiếu nại sẽ được cung cấp cho bạn hoặc người đại diện được ủy quyền trong vòng **30 ngày lịch** sau khi nhận.

Kháng cáo Khẩn cấp:

Bạn hoặc Đại diện được ủy quyền có quyền nộp đơn kháng cáo khẩn cấp. Nếu bạn hoặc Đại diện được ủy quyền quyết định rằng một kháng cáo tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì, hoặc lấy lại được chức năng tối đa thì một kháng cáo khẩn cấp có thể được yêu cầu và chấp thuận.

Kháng cáo khẩn cấp của bạn sẽ được xem xét và trả lời

bằng văn bản cho bạn hoặc người đại diện được ủy quyền không muộn hơn **72 giờ** sau khi nhận.

Những người thụ hưởng Medi-Cal có quyền yêu cầu một cuộc điều trần cấp Tiểu Bang chỉ sau khi đã kháng cáo Quyết định Bất lợi và nhận được thông báo rằng MMHP vẫn giữ lập trường về quyết định này. Bạn phải nộp đơn yêu cầu trong vòng **120 ngày lịch** sau khi có quyết định của BHRS.

Nếu bạn nộp đơn xin Điều trần cấp Tiểu bang trong

vòng **10 ngày lịch** kể từ ngày nhận được Thông báo Giải quyết Khiếu nại thì mức độ dịch vụ hiện tại của bạn có thể tiếp tục trong khi chờ kết quả điều trần.

Để yêu cầu Điều trần cấp Tiểu bang, hãy liên hệ với Phòng Điều trần cấp Tiểu bang ở Sacramento tại:

State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail
Station 19-37
Sacramento, CA 94244-
2530

Điện thoại: **1-800-952-5253**

County of Marin Department of Health & Human Services
Marin Mental Health Plan/Quality Improvement
20 N. San Pedro Rd., #2028, San Rafael, CA 94903



Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh: Dịch vụ Y tế Hành vi và Phục hồi (BHRS)

Khiếu nại / Quy trình
Khiếu nại và hình thức

Khách hàng của Dịch vụ Y tế Hành vi và Phục hồi của Quận Marin có các quyền, bao gồm quyền báo cáo các vấn đề về các dịch vụ mà họ nhận được.

Trả lại mẫu đã điền cho nhân viên tiếp tân, hoặc gửi thư về:

BHRS Quality Management Unit,
20 N. San Pedro Rd., Suite 2020, San
Rafael, CA 94903

Phone:
1-888-818-1115 (toll free)

Rev. 01/2025

*Hearing impaired: Dial 711
to speak with the Access
Team for assistance.*