



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): _____

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

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
10 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903

Rev 01/2025 Vietnamese

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
10 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/
g/b_ehavioral-health-
recovery- services](https://www.marinhhs.org/b_ehavioral-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.

**NỘ 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 uỷ 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**



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

Rev 1-
2025Vietnamese

**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

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

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,
10 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.*

COUNTY OF MARIN