

County of San Diego – Mental Health Services
GRIEVANCE / APPEAL FORM

If you have a problem with your mental health services, fill out this form or call the number below.

- A “grievance” is **any** expression of dissatisfaction about the services.
- An “appeal” can be made, for instance, when your services are denied, reduced, or stopped.

I am having the following problem with my mental health services and want some help to resolve this. (Please attach additional pages if needed)

WHO is involved: _____

WHEN did this happen: _____

WHERE did this happen: _____

WHAT happened:

YOUR SIGNATURE: _____

PRINT YOUR NAME: _____

ADDRESS: _____

PHONE #: _____ **DATE:** _____

Authorized person’s signature (If Applicable – e.g.: guardian or representative):

A self-addressed envelope is available with this form. Mail this form to the appropriate agency below. They have advocates available to help you with this issue:

Inpatient and 24-Hour Residential Services:

**JFS Patient Advocacy
2710 Adams Avenue
San Diego, CA 92116
Phone: (800) 479-2233**

Outpatient and All Other Services:

**Consumer Center for Health Education
and Advocacy
1764 San Diego Avenue, Suite 200
San Diego, CA 92110
Phone: (877) 734-3258**

Condado de San Diego—Servicios de Salud Mental
FORMULARIO PARA REPORTAR AGRAVIOS Y APELACIONES

Si Usted tiene un problema con los servicios de salud mental que Ud. ha recibido, complete este formulario o llame el número indicado al final de este formulario.

- “**Agravio**” es una queja o expresión de no estar conforme con los servicios que Ud. ha recibido.
- “**Apelación**” es lo que Ud. puede hacer cuando los servicios que Ud. solicitó le fueron negados, reducidos, o terminados y Ud. está en desacuerdo con la decisión.

Tengo el siguiente problema con los servicios de salud mental que recibí y quisiera ayuda para resolverlo. (Favor de incluir hojas adicionales si es necesario)

¿QUIEN esta implicado?

¿CUÁNDO ocurrió?

¿QUÉ sucedió?

SU FIRMA: _____

SU NOMBRE CON LETRAS de MOLDE: _____

SU DIRECCIÓN: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

FECHA _____

GUARDIÁN/ CUSTODIO LEGAL (si es aplicable): _____

Un sobre con el nombre del remitente viene adjunto a esta forma. Envíe esta forma a la agencia aplicable; favor de elegir entre las agencias que siguen. Todas estas agencias tienen personas (Representantes para Clientes de Salud Mental) disponibles para ayudarle con su queja.

Servicios de Hospitalización y Servicios Residenciales de 24 horas:

JFS Patient Advocacy Services
2710 Adams Avenue
San Diego, CA 92116
Teléfono: 1.800.479.2233

Servicios Ambulatorios y Otros Servicios:

Consumer Center for Health Education & Advocacy
1764 San Diego Avenue, Suite 200
San Diego, CA 92110
Teléfono: 1.877.734.3258

Purok ng San Diego

Serbisyo Pankaisipan Kalusugang HINANAKIT / PORMA NG PANAWAGAN

Kung ikaw ay may problema sa mga serbisyo ng iyong kalusugang kaisipan, punuin itong porma o tawagan ang numerong naka paskel sa ibaba.

- Ang “**hinanakit**” ay kahit ano nagpapahayag ng hindi nasisiyahan tungkol sa mga serbisyo.
- Ang “**panawagan**” ay maaaring magawa, pareho ng halimbawa, kung ang mga serbisyo sa inyo ay pinagkait, binawasan, o hininto.

Ako ay may problema sa sumusunod na mga serbisyo ng aking kalusugan ng kaisipan at nangangailangan ng anumang tulong upang ito ay malutas. (Paki lakip ng karagdagang mga pahina kung kinakailangan)

SINO and kasangkot:

KAILAN ito nangyari:

SAAN it nangyari:

ANO ang nangyari:

IYONG Pirma:

ISULAT ng PALIMBAG ang Iyong Pangalan:

TIRAHAN:

NUMERO ng Telepono:

DAGDAG na Pahina:

PIRMA ng taong pinahintulutan (Kung magagamit – gaya ng, tagapag-alaga o taga-representate):

**Pasyenteng nasa ospital o 24-oras na mga serbisyo ng pamahayan
J.F.S.
2710 Adams Avenue
San Diego, CA 92116
1-800-479-2233**

**Pasyenteng hindi nasa ospital o iba pang mga serbisyo
C.C.H.E.A
1764 San Diego Avenue, Suite 200
San Diego, CA 92110
1-877-734-3258**

**Quận San Diego – Dịch vụ Tâm y
ĐƠN PHẢN NÀN/KHIẾU NẠI**

Nếu quý vị có khó khăn với dịch vụ tâm y của quý vị, xin hãy điền vào bản đơn này hoặc gọi đến số điện thoại ở dưới đây.

- Một “lời phản nàn” là bất kỳ việc bày tỏ sự bất hài lòng nào về các dịch vụ.
- Một “sự khiếu nại” có thể được gửi đến ví dụ như khi các dịch vụ của quý vị bị từ chối, giảm bớt, hay bị đình lại.

Tôi đang có vấn đề sau đây với dịch vụ tâm y của tôi và tôi cần sự trợ giúp để giải quyết việc đó.
(Xin hãy gắn kèm trang thư nếu cần thiết)

AI là người liên quan: _____

Việc này đã xảy ra KHI NÀO: _____

Việc này đã xảy ra Ở ĐÂU: _____

ĐIỀU GÌ đã xảy ra: _____

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ: _____

VIẾT IN TÊN CỦA QUÝ VỊ: _____

ĐỊA CHỈ: _____

ĐIỆN THOẠI #: _____ NGÀY: _____

Chữ ký của người được ủy quyền (Nếu áp dụng được- ví dụ người đại diện hoặc bảo trợ): _____

Một bì thư có sẵn địa chỉ đi kèm bản đơn này. Hãy gửi đơn tới cơ quan thích hợp ở dưới đây. Họ có các nhân viên sẵn sàng giúp đỡ quý vị với vấn đề này:

**Bệnh nhân nội trú và dịch vụ
24h tại Tư gia:**

**Bệnh nhân ngoại trú
và mọi dịch vụ khác:**

**JFS Patient Advocacy
2710 Adams Avenue
San Diego, CA 92116
Điện thoại: (800) 479-2233**

**Consumer Center for Health Education and Advocacy
1764 San Diego Avenue, Suite 200
San Diego, CA 92110
Điện thoại: (877) 734-3258**

مناطقة سان دييغو - خدمات لصحة العقلية
استمارة تظلم أو اعتراض

- إذا كنت تواجه مشكلة في خدمات الصحة العقلية الموداة إليك، لهذا الاستمارة أو اتصل بلرقم اعداد.
- "التظلم" (Grievance) هو/هي تعبير عن خيبة الأمل في الخدمات.
- "الاعتراض" (Appeal) يمكن أن يقدم، مثلاً، في حال إنكار الخدمات طرك أو قطعها عنك أو تلوصلها.

لإني أصلي من المشكلة التالية في خدمات الصحة العقلية الموداة إلي ولأرد الحصول على بعض العون في حلها.
(يرجى إرفاق صياحات إضافية إن أزم الأمر)

من هو المسؤول:

متى حدث ذلك:

أين حدث ذلك:

ماذا حصل:

توقيعك: _____

اسمك وطباعة: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ التاريخ: _____

توقيع الشخص المودك: (إن وجد) يمكن أن يكون مثلاً هو الوصي أو المحامي

ملك مثلث معروض مقدم مع الاستمارة، أو من الاستمارة فيه إلى الركلة المناسبة بين الركلاتين التابعتين. تالديها مدافعون جائزون لتقديم العون لك في هذه المسألة.

المريض غير المتدين
ويستقر الخدمات الأخرى:

المريض المتدين
والخدمات العقلية طر مدار الساحة

Consumer Center for Health Education
and Advocacy
1764 San Diego Avenue, Suite 200
San Diego, CA 92110
Phone: (877) 734-3258

JFS Patient Advocacy
2710 Adams Avenue
San Diego, CA 92116
Phone: (800) 479-2233