Форма жалобы и апелляции

— отправьте заполненную форму в конверте с оплаченным почтовым сбором или по указанному ниже адресу —

Имя и фамилия клиента _____ **Дата рождения** _____

Адрес _____ **Телефон**_____ **Способ связи**_____

Тип требования (выбрать один вариант): ☐ Жалоба ☐ Апелляция ☐ Ускоренная апелляция (*определение типов требований см. в информационном пакете)*

Моя проблема или обеспокоенность касается следующей программы или поставщика услуг: _____

Описать проблему или обеспокоенность: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Желаемый результат: _____

_____

_____

_____

Я понимаю, что не буду объектом дискриминации в результате подачи жалобы или апелляции либо запроса проведения слушания на уровне штата.

Подпись клиента или законного опекуна _____ Дата _____

Я уполномочиваю следующее лицо действовать от моего имени *(необязательно)* _____

Подпись уполномоченного лица, если не подписано клиентом или законным опекуном _____ Дата _____

San Francisco Health Network
Behavioral Health Services

Grievance/Appeal Office, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103