

三藩市精神健康計劃 投訴程序

適用於精神健康及酒精藥物濫用服務使用者

我們鼓勵你向此計劃職員查詢，以非正式模式解決你的問題。投訴程序是正式途徑讓你表達關於在上訴及州公平聽證會程序未能涉及有關服務的任何不滿。你可以選擇在任何時候，不會遭到報復，選用由三藩市精神健康計劃 (SFMHP) 提供的正式投訴程序。

以下是正式投訴程序的步驟：

- 你或你的代表可以遞交投訴書，最好選用投訴表格 (CBHS 316)。代表人可以包括 (但不限於)：職員，家庭成員，朋友，其他服務參加者，受訓的倡導者或法律代表。
- 如果你的代表不是受僱於三藩市精神健康計劃 (SFMHP)，有關資料在你簽署的授權透露書和你代表簽署的保密協議書下是受保密的。
- 你可尋求協助於健康中心 Behavioral Health Access Center (415-503-4730) 或客戶關係及其文化辦事處 Office of Cultural Competence & Client Relations (415-255-3422)。

- 你可以以本人，或致電，或郵寄投訴書：

本人或致電：

當值職員

Behavioral Health Access Center (BHAC)
1380 Howard Street, 1st floor
San Francisco, CA 94103
415-503-4730 or 1-800-750-2727
TDD: 1-888-484-7200

郵寄：

Grievance Officer

Office of Quality Management
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103
-或-

用已附郵費信封

- 你將會收到已簽收投訴書收據。申訴調查員將會嘗試任何方法聯絡你。調查員將不會涉及任何有關你會投訴事項。如果投訴事項與醫療有關的，調查員也必具有專業醫療作辦理。
- 在收到投訴書後日曆計 60 天內，你或你的代表將會收到該投訴書書面判決。假若在你要求下或三藩市精神健康計劃 (SFMHP) 認為延長書面判決日期將有助你的投訴，書面判決日期可以延長多 14 天。
- 申訴專員將會在你或你的代表要求下提供有關你投訴事項的資料 (415-255-3632)。

三藩市精神健康計劃
上訴程序

只用於CBHS 加州醫療 MediCal 精神健康服務使用者

基本上訴程序

上訴 - 上訴只可再查閱 上訴個案。

上訴個案定義：如果你的服務有被削減，被拒絕，或沒有按時提供，你可以申請上訴。

- 如已作出口頭上訴，你必需在其後45天內呈交該書面上訴。
- 你將會收到已簽收的收據。
- 在進行上訴前或在其進行中，你可以查閱你的文件檔案。你將有合理的機會，你本人或以書面形式提出與法律理由，或事實理由之證據。
- 在收到上訴書後日曆計 45 天內，你將會收到有關判決。一些情況下，指定書面判決日期或會延長多14天。
- 上訴已解決及 -
 - 如果上訴判決是推翻有關投訴服務被拒絕，有限制，或有延遲服務的判決，三藩市精神健康計劃 (SFMHP) 將會即時提供或安排和支付被爭議的服務。

申請上訴或加速上訴：

本人親自徑往或致電：

當值職員

Behavioral Health Access Center (BHAC)
1380 Howard Street, 1st floor
San Francisco, CA 94103
415-503-4730 or 1-800-750-2727
TDD: 1-888-484-7200

加速上訴程序

加速上訴 - 加速上訴只可再查閱 上訴個案。

加速上訴定義：當基本上訴程序可能嚴重影響你或你正常運作，即可進行再查閱有關 上訴個案。

- 你將會收到已簽收的收據。
- 如上一訴個案未能切合加速上訴進行準則，該上訴個案將轉至基本上訴程序進行。申訴專員將會嘗試口頭通知你，並在加速上訴被否定後日曆計2天內提供書面通知。
- 收到申請上訴 3 個工作天內，你將會收到一書面通知關於該上訴判決。我們會在合理情況下盡力聯絡你並告訴你該判決。一些情況下，指定書面判決日期或會延長多14天。
- 加速上訴已解決及 -
 - 如果上訴判決是推翻有關投訴服務被拒絕，有限制，或有延遲服務的判決，三藩市精神健康計劃 (SFMHP) 將會即時提供或安排和支付被爭議的服務。

郵寄致：

Grievance Officer
Office of Quality Management
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103
-或-
用已附郵費信封

假如你對你的上訴或加速上訴判決感到不滿意，

你有獲得州公平聽證會 (State Fair Hearing) 的權利 -

致電免費電話：1-800-952-5253

盲人專用電話 TDD: 1-800-952-8349

申請問題解決表

使用此表格作投訴, 上訴, 或加速上訴. 填妥後, 放入已附郵費信封寄回

使用者資料:

姓名 _____ 出生日期 _____

地址 _____

電話 / 電郵地址 _____ 聯絡我最方便途徑 _____

我的問題或疑慮是關於以下的服務或人仕: _____
詳述該問題或疑慮: _____

我希望事情發生是這樣的: _____

我授權以下人仕作我的代表 (可選擇) _____

我明白在我遞交投訴, 或上訴, 或要求州公平聽証會後, 我是不會受到歧視的.
使用者或法律監管者簽署 _____ 日期 _____
非使用者或法律監管者簽署 _____ 日期 _____

Date received _____ o Grievance o Appeal o Expedited Appeal FOR OFFICE USE ONLY

Acknowledgement letter mailed on _____ Assigned to _____ Oral report received by _____ or Referred to _____ File Number _____

CBHS 316-C, Rev 12/10 Chinese

San Francisco Mental Health Plan, Community Behavioral Health Services
Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco CA 94103