

**SAN FRANCISCO MENTAL HEALTH PLAN
PAMAMARAANG PANG-REKLAMO**

Para sa lahat ng mga kliyente ng mga programa para sa pangkalusugan sa pag-iisip at programa para sa mga may problema sa pag-abuso ng pag-qamit na sakop ng Community Behavioral Health Services

Ikaw ay hinihikayat sa impormal na malutas ang iyong mga ikinababahal sa pamamagitan ng pagsasalita direkta sa programa. Ang pamamaraang pang-reklamo ay isang pormal na paraan para sa iyo upang ipahayag ang anumang sama ng loob tungkol sa iyong mga serbisyo na ito ay hindi isa sa mga problema na sakop ng apila at proseso ng State Fair Hearing. Maari ninyong piliin, sa anumang oras at nang walang takot sa paghiiganti na gamitin ang pormal na pamamaraang pang-reklamo na inilaan ng San Francisco Mental Health Plan (SFMHP).

Ito ang mga hakbang sa pamamaraang pang-reklamo ng SFMHP:

- Maaring mag-sampa ng reklamo kayo o ng kinatawan ninyo na kumikilos para sa kapakanan ninyo, mas mabuti kung sa pamamagitan ng Grievance Form (CBHS 316). Maaring kabilang sa kinatawan, ngunit hindi limitado sa: mga tauhan, kamag-anak, kaibigan, iba pang mga kliyente, sanay na tagatangkilik o kinatawang legal.
- Kung hindi nagtatrabaho sa SFMHP ang inyong kinatawan, pangangalagaan ang pagkalihim sa pamamagitan ng authorized disclosure (pinahintulatang pagbunyag) ninyo at confidentiality agreement (kasunduang pangkalihiman) na linagdaan ng kinatawan ninyo.
- Maari din kayong humiling ng tulong sa Behavioral Health Access Center [Ilunduyang pampagkamit ng kalusugang pang-asal] (415-503-4730) o mula sa Office of Cultural Competence & Client Relations [tanggapang pangkalinangan at pagkikipag-ugnay sa pinaglilingkuran] (415-255-3422).
- Maari kayong mag-sampa ng reklamo nang harapan, sa telepono o sa pamamagitan ng U.S. Mail:

Harapan o sa telepono:

Officer of the Day
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

Sa pamamagitan ng U.S. Mail

Grievance Officer
Office of Quality Management
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103

-0-

naselyohan na sobre

- Tatanggap kayo ng nakasulat na pagkilala ng pagtanggap ng reklamo ninyo. Gagawin ng Grievance Investigator ang lahat na kayayahin upang makipag-ugnay sa inyo. Walang anumang pagkasangkot ang investigator sa isyu ninyo at may angkop ng karanasang pagagamot kung may kaugnayan ang reklamo ninyo sa mga isyu na may kinalaman sa pagpapagamot.
- Padadalhan kayo o ang inyong kinatawan ng nakasulat na pagpasya sa loob ng 60 araw ng kalendaryo mula sa petsa ng pagtanggap. Maaring pahabain ang panahon hanggang 14 na araw kung hilingin ninyo o kung pagpasyahan ng SFMHP na para sa kapakanan ninyo ang pagpapatuloy.
- Ang Grievance Officer ay magbibigay ng impormasyon tungkol sa katayuan ng inyong reklamo kung hihilingin ninyo o ng inyong kinatawan (415-255-3632).

**SAN FRANCISCO MENTAL HEALTH PLAN
PARAAN NG PAG-APILA**

Para lamang sa mga kliyenteng may Medi-Cal para sa Pangkalusugan sa Pag-iisip
na sakop ng Serbisyon Pang-asaal Pangkalusugan sa Komunidad

Karaniwang Paraan ng Pag-Apiila

Ang pag-apila ay maari lamang maisagawa sa pag-susuri ng isang naganap o isang pagkilos.

Ipinapaliwanag ang isang naganap o pagkilos: Kapag ang serbisyo ay tinanggihan, hindi sapat, o hindi pinagkalooob sa tamang panahon, maari kayong mag-sampa ng apila.

- Kung nag-harap ng isang apila sa salita, dapat sundan ninyo ng pag-harap ng nakasulat na apila sa loob ng 45 na araw.
- Makakatanggap kayo ng kasulatan na nagsasabi na aming natanggap ang inyong apila.
- Maari ninyong surin ang dokumento ninyo sa pag-apila bago at habang nagaganap ang proseso. Bibigyan kayo ng sapat na pagkakataon na malharap ang mga katibayan at pahayag ng katotohanan o batas, nang harapan o nakasulat.
- Padadalhan kayo ng nakasulat na pagpasya sa loob ng **45 na araw** mula sa araw na natanggap ang inyong apila. Sa ilang kalagayan, maring ipagpatuloy ang panahon ng proseso hanggang 14 na araw.
- Ang inyong apila **ay nalutas na at-**
- Ipagkakalooob kaagad ng SFMHP o isasaayos at babayaran ang pinagtataluhang serbisyo, kung babawin ang desisyon sa pagtangi, paglimita, o pag-atraso ng mga serbisyo.

Upang magsampa ng apila o pangmadaliang apila:

Harapan o sa telephone:

Officer of the Day
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

Pangmadaliang Pag-Apiila

Ang pangmadaliang pag-apila ay maari lamang maisagawa sa pag-susuri ng isang naganap o isang pagkilos.

Ipinapaliwanag ang Pangmadaliang Pag-Apiila: Kapag ang pagsusuri sa **naganap o pagkilos** sa pangkarinawang apila ay makakasama sa inyo o sa iyong mga tungkulin.

- Makakatanggap kayo ng kasulatan na nagsasabi na aming natanggap ang inyong apila.
- Kung hindi sapat sa batayan ng pangmadaliang pag-apila ang inyong apila, ito ay gagawing pangkaraniwang pag-apila. Susubukan ng Grievance Officer na masabihan kayo o masulatan sa loob ng 2 araw mula sa araw ng pagtangi.
- Padadalhan kayo ng nakasulat na pagpasya sa loob ng **3 araw ng pagtatrabaho** simula sa pagtanggap ng apila. Gagawin ang lahat ng makakaya para mapasabihan kayo. Sa ilang kalagayan, maring ipagpatuloy ang panahon ng proseso hanggang 14 na araw.
- Ang inyong pangmadaliang apila **ay nalutas na at-**
- Ipagkakalooob kaagad ng SFMHP o isasaayos at babayaran ang pinagtataluhang serbisyo, kung babawin ang desisyon sa pagtangi, paglimita, o pag-atraso ng mga serbisyo.

Sa pamamagitan ng U.S. Mail

Grievance Officer
Office of Quality Management
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103
-O-
sobre na naselyohan na

Kung hindi malutas ng pag-apila o ng madaliang pag-apila na ayon sa inyong kagustuhan,

may karapatan kayo sa isang State Fair Hearing

tumawag toll free: 1-800-952-5253

TDD: 1-800-952-8349

Panghiling sa Paglutas ng Problema

-Kumpletuhin ang pagsagot ng form na ito at ipadala gamit ang sobra na naselyohan na upang magsampa ng reklamo, apila, o pangmadaliang apila-

Impormasyon tungkol sa Kliyente:

Pangalan _____

Tirahan _____

Telepono/E-mail _____

Pinakamahusay na paraan makitungo sa akin: _____

Petsa ng Kapanganakan _____

Tungkol sa sumusunod na programa o ahensya ang problema o pagkakabahala ko: _____

Pagsasalawhan ng problema o pagkakabahala: _____

Ano ang inasahan kong mangyari: _____

Pinahihintulutan ko ang sumusunod na tao na kumilos para sa kapakanan ko (*mapiipili*) _____
Naiiintindihan ko na hindi ako makakadanas ng diskriminasyon dahil sa pagsampa ng reklamo o apila, o paghiling ng State Fair Hearing.
Lagda ng kliyente o legal na tagapag-alaga _____
Lagda, kung hindi ng kliyente o legal na tagapag-alaga _____

Petsa _____
Petsa _____

FOR OFFICE USE ONLY

Date received _____

Grievance

Appeal

Expedited Appeal

Oral report received by _____

Acknowledgement letter mailed on _____

Assigned to _____

or Referred to _____

File Number _____

CBHS 316

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

Rev 12/10 Tagalog