**نموذج تظلم أو استئناف العميل**

إذا كانت لديك مشكلة مع خدمات الصحة النفسية أو اضطراب استخدام المواد للمرضى الداخليين/المقيمين، فاتصل بمناصرة JFS للمرضى على رقم الهاتف أدناه. **نحن بحاجة إلى التمكن من الاتصال بك**. يرجى توفير المعلومات التي ستسهل علينا الاتصال بك حتى بعد مغادرتك هذه المنشأة.

اسمك: \_\_\_\_

عنوانك: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم البرنامج/المنشأة: \_\_\_\_

رقم هاتفك: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

بريدك الإلكتروني:

أخبرنا بمشكلتك (استخدم ظهر الورقة إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية):

**اتصل بنا في أقرب وقت ممكن**. نحن نحاول حل المشكلات بسرعة أثناء وجودك في هذه المنشأة. يتوفر مظروف موجه إلى عنواننا لإرسال هذا النموذج عبر البريد إلى JFS.

**JFS - Patient Advocacy**

**8804 Balboa Avenue, San Diego, CA 92123**

**اتصل على 619-282-1134 أو**

**1-800-479-2233**

**ما هو التظلم أو الاستئناف؟**

* **"التظلم"** عبارة عن ***أي*** تعبير عن عدم الرضا بشأن خدماتك.
* يمكن تقديم **"الاستئناف"** عند رفض أو خفض أو إيقاف إذن خدمات.
* يمكن تقديم **"الاستئناف العاجل"** عندما تشهد أنت أو مزودك أن الفترة الزمنية القياسية للاستئناف يمكن أن تعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على العمل إلى الخطر بشكل جدّي.

**إشعار منشأة:** ينبغي توفير هذا النموذج بشكل جاهز للعملاء في منطقة يمكنهم فيها الحصول على النموذج بشكل مستقل. لا يتم استبدال هذا النموذج والإجراء بأي إجراء تظلم أو شكوى داخلي للبرنامج.