**فرم اعلام عدم رضایت یا درخواست تجدیدنظر از سوی مراجعه‌کننده**

**ما باید بتوانیم با شما تماس بگیریم.** *لطفاً اطلاعاتی ارائه کنید که بتوانیم به راحتی حتی بعد از خروج از این مرکز بتوانیم با
با شما تماس بگیریم.*

*نام:*

*آدرس:*

*برنامه/مرکز:*

*شماره تلفن:*

*ایمیل:*

درباره مشکلتان به ما توضیح دهید: (اگر به فضای بیشتری نیاز دارید از پشت صفحه استفاده کنید)

**در اسرع وقت با ما تماس بگیرید.** تلاش *می کنیم هنگام حضورتان در مرکز هرچه سریعتر مشکلات را برطرف کنیم. یک پاکت آدرس‌دار ارائه شده است که می توانید این فرم را در آن بگذارید و برای JFS پست کنید.*

**JFS - Patient Advocacy**

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

با شماره **619-282-1134** یا

**1-800-479-2233 تماس بگیرید.**

# عدم رضایت یا درخواست تجدید نظر چیست؟

* **«*عدم رضایت*»** *به* ***هر گونه*** *اظهار نارضایتی درباره خدمات گفته می شود.*
* *در صورت رد شدن، کاهش یا توقف ارائه خدمات مورد تأیید طرح سلامت روان، می توانید* **« *درخواست تجدید نظر*»** *ارائه کنید.*
* *اگر شم یا ارائه دهنده‌تان تأیید کنید که زمان انتظار استاندارد برای درخواست تجدید نظر ممکن است زندگی، سلامت یا توانایی شما در انجام امور را به خطر بیندازد، می توانید* **« *درخواست تجدیدنظر تسریع شده*»** *ارائه کنید.*

**اطلاعیه مرکز:** این فرم عدم رضایت باید در اختیار مراجعین قرار بگیرد بدون این که مجبور باشند از پرسنل آن را درخواست کنند. ممکن است هیچ گونه روند داخلی رسیدگی به نارضایتی یا شکایت، جایگزین این فرم و فرایند عدم رضایت نشود.