# فرم اعالم عدم رضایت یا درخواست بررسی مجدد از طرف مشتری

**شما تماس بگیریم***. لطفاً اطالعاتی ارائه کنید که بتوانیم به راحتی حتی بعد از خروج از این مرکز* **الزم است بتوانیم با**

*با شما تماس بگیریم.*

*نام:*

*آدرس:*

*نام برنامه/مرکز:*

*شماره تلفن:*

*ایمیل:*

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

**تماس بگیرید***. تالش می کنیم در هنگام حضورتان در مرکز هرچه سریعتر مشکالت را برطرف* **هرچه سریعتر با ما**

*مشخص شده ارائه شده است که می توانید این فرم را در آن بگذارید و برای* JFS *پست کنید. کنیم. پاکتی حاوی آدرس*

# JFS - Patient Advocacy

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

یا 619-282-1134

**با شماره**

**1-800-479-2233 تماس بگیرید.**

# عدم رضایت یا درخواست بررسی مجدد چیست؟

 **"عدم رضایت"** *به* ***هرگونه*** *اظهار نارضایتی درباره خدمات گفته می شود.*

*صورت عدم پذیرش، کاهش یا توقف ارائه خدمات مورد تأیید از طرف طرح سالمت ذهنی، می توانید*  *در*

**"درخواست بررسی مجدد"** *ارائه کنید.*

*تأیید کند که زمان انتظار استاندارد برای بررسی مجدد ممکن است زندگی، سالمت یا توانایی*  *اگر ارائه دهنده تان*

*انجام امور را به خطر بیندازد، می توانید* **"درخواست بررسی مجدد تسریع شده"** *ارائه کنید. شما در*

*این فرم شکایت باید بدون پرسش از پرسنل در اختیار افراد قرار بگیرد. این فرم اعالم عدم رضایت و کارهای اجرایی مربوطه ممکن* **اعالمیه مربوط به مرکز:**

*روند درونی رسیدگی به نارضایتی یا شکایت در برنامه جایگزین نشود. است با هیچ*

Farsi-BHS QM Rv. 4/9/19