**ФОРМА ЖАЛОБЫ ИЛИ ПРЕТЕНЗИИ КЛИЕНТА**

Если у вас возникла проблема при получении **АМБУЛАТОРНЫХ** услуг психиатрической помощи или услуг по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, позвоните в Центр медицинского информирования и защиты прав потребителей (Consumer Center for Health Education and Advocacy – CCHEA) или направьте эту форму по почте (телефон и адрес см. ниже):

Ваше имя и фамилия:

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_

Ваш номер телефона: \_\_\_\_\_\_

Ваш адрес эл. почты (не обязательно): \_\_\_\_\_\_

Расскажите о вашей проблеме (если вам нужно больше места, используйте обратную сторону формы):

Предоставляем конверт с заполненным адресом для отправки этой формы в Центр медицинского информирования и защиты прав потребителей.

**Consumer Center for Health Education and Advocacy**

**(Центр медицинского информирования и защиты прав потребителей)**

**1764 San Diego Avenue, Suite 200**

**San Diego, CA 92110**

**Позвоните по номеру 1-877-734-3258**

**ЧТО ТАКОЕ ЖАЛОБА ИЛИ ПРЕТЕНЗИЯ?**

* **“Жалоба”** – это***любая*** форма выражения неудовлетворенности вашими услугами.
* **“Претензия”** может быть подана, когда одобрение услуг отклонено, сокращено или прекращено.
* **“Ускоренная претензия”** может быть подана, если вы или ваш поставщик услуг подтверждаете, что стандартные сроки подачи претензии могут создать серьезный риск для вашей жизни, здоровья или трудоспособности.

**ПРИМЕЧАНИЕ ПО ПРОГРАММЕ:**  Настоящая форма должна немедленно предоставляться клиентам, а также находиться там, где они могут самостоятельно взять ее. Настоящая форма и процесс подачи жалоб не могут быть заменены на внутренний процесс подачи жалоб и претензий по программе.