**ФОРМА ЖАЛОБЫ ИЛИ ПРЕТЕНЗИИ КЛИЕНТА**

Если у вас возникла проблема при получении психиатрической помощи или услуг по лечению расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, предоставляемых в **СТАЦИОНАРЕ / ДОМЕ ПРЕСТАРЕЛЫХ ИЛИ ИНТЕРНАТЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ**, позвоните в Службу защиты пациентов JFS по указанному ниже телефону. **Мы должны иметь возможность связаться с вами**. Предоставьте информацию, которая поможет нам связаться с вами даже после того, как вы покинули данное медицинское учреждение.

Ваше имя и фамилия:

Ваш адрес: \_\_\_\_\_\_

Наименование программы/учреждения:

Номер вашего телефона:

Ваш адрес эл. почты:

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

**Свяжитесь с нами как можно скорее**. Мы стараемся решать проблемы быстро, пока вы находитесь в этом медицинском учреждении. Предоставляем вам конверт с заполненным адресом для отправки этой формы в JFS.

**JFS - Patient Advocacy (JFS - Служба защиты пациентов)**

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

**Позвоните по телефону 619-282-1134 или**

**1-800-479-2233**

**ЧТО ТАКОЕ ЖАЛОБА ИЛИ ПРЕТЕНЗИЯ?**

* **“Жалоба”** – это ***любая*** форма выражения неудовлетворенности вашими услугами.
* **“Претензия”** может быть подана, когда одобрение услуг отклонено, сокращено или отменено.
* **“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 ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:**  Настоящая форма должна немедленно предоставляться клиентам, а также находиться там, где они могут самостоятельно взять ее. Настоящая форма и процесс подачи жалоб не может быть заменен на внутренний процесс подачи жалоб и претензий по программе.