

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

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

نام: \_\_\_\_\_

آدرس: \_\_\_\_\_

نام برنامه/مرکز: \_\_\_\_\_

شماره تلفن: \_\_\_\_\_

ایمیل: \_\_\_\_\_

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

**هرچه سریعتر با ما تماس بگیرید.** تلاش می کنیم در هنگام حضورتان در مرکز هرچه سریعتر مشکلات را برطرف کنیم. پاکتی حاوی آدرس مشخص شده 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 بررسی مجدد چیست؟

- **"عدم رضایت"** به هرگونه اظهار نارضایتی درباره خدمات گفته می شود.
- در صورت عدم پذیرش، کاهش یا توقف ارائه خدمات مورد تأیید از طرف طرح سلامت ذهنی، می توانید **"درخواست بررسی مجدد"** ارائه کنید.
- اگر ارائه دهنده تان تأیید کند که زمان انتظار استاندارد برای بررسی مجدد ممکن است زندگی، سلامت یا توانایی شما در انجام امور را به خطر بیندازد، می توانید **"درخواست بررسی مجدد تسریع شده"** ارائه کنید.

اعلامیه مربوط به مرکز: این فرم شکایت باید بدون پرسش از پرسنل در اختیار افراد قرار بگیرد. این فرم اعلام عدم رضایت و کارهای اجرایی مربوطه ممکن است با هیچ روند درونی رسیدگی به نارضایتی یا شکایت در برنامه جایگزین نشود.