FORM NG KARAINGAN O APELA NG KLIYENTE

Kung may problema ka sa iyong **INPATIENT/RESIDENSYAL** na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at sakit sa paggamit ng ipinagbabawal na substansya, tumawag sathe Jewish Family Service (JFS) Patient's Advocacy Programsa numero ng telepono sa ibaba o ipadala sa pamamagitan ng koreo ang form na ito (ang mga naka-address sa sarili na envelope ay dapat gawing available sa programa kung saan ka tumatanggap ng mga serbisyo).

Para maghain sa pamamagitan ng koreo, ipadala sa:	**Para maghain ng karaingan o apela sa pamamagitan ng telepono, tumawag sa:**
Jewish Family Service of San Diego **Joan & Irwin Jacobs Campus** **Turk Family Center Community Services Building** 8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123	**619-282-1134 or 1-800-479-2233** *Lubos naming hinihikayat ang mga kliyente na tumawag para sa mas mabilis na serbisyo*

ANO ANG KARAINGAN O APELA?	
Ang "karaingan" ay isang ekspresyon na hindi ka nasisiyahan tungkol sa anumang bagay na may kinalaman sa iyong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip o sakit sa paggamit ng ipinagbabawal na substansya.	**Maaaring gumawa ng isang "apela"** kapag ang awtorisasyon para sa mga serbisyo ay tinanggihan, binawasan, o itinigil. **Maaaring gawin ang isang "pinabilis na apela**" kapag pinatunayan mo o ng iyong tagapagbigay na ang karaniwang timeline ng apela ay maaaring lubhang magsapanganib sa iyong buhay, kalusugan, o kakayahang gumana.

Kailangang makontak ka namin para makatulong.

Mangyaring magbigay ng impormasyon na magpapadali sa amin na makontak na kahit kakaalis mo pa lang sa pasilidad na ito.

Pangalan		**Address na Padadalhan**	
Nu. ng Telepono		**Email**	
Pinakamainam na paraan para makontak	☐Telepono ☐Koreo ☐Email		

Ilista ang pangalan ng programa/pasilidad na paghahainan mo ng karaingan o apela sa ibaba
Sabihin sa amin ang tungkol sa iyong isyu sa ibaba (gamitin ang likod ng form kung kailangan ng higit pang espasyo)

PROGRAM NOTICE: This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.

FOR OFFICE USE ONLY: Date Received _____

Ang County ng San Diego ay sumusunod sa mga batas ng Estado at Pederal at hindi nangdidiskrimina, nagbubukod ng mga tao, o nag-iiba ng trato dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng etnikong grupo, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, kondisyong medikal, impormasyon sa genes, marital status, gender, pagkakakilanlan ng kasarian, o sekswal na oryentasyon. Naniniwala ka bang ikaw ay nadiskrimina, ibinubukod, o tinatratong naiiba batay sa alinman sa mga nasa itaas na pinoprotektahang klase/kategorya habang ina-access ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisp o sakit sa paggamit ng ipinagbabawal na substansya? ☐ Oo ☐ Hindi (**Kung Oo**, mangyaring ipaliwanag sa ibaba)

Lagda ng Kliyente		**Petsa**	

Kung ang form na ito ay kinumpleto ng isang awtorisadong kinatawan (authorized representative, AR) para sa kliyente, mangyaring kumpletuhin ang nasa ibaba:

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan		**Petsa**	
Lagda ng Awtorisadong Kinatawan		**Ugnayan sa Kliyente**	

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Proseso ng Karaingan at mga Apela, humingi ng kopya ng **Integrated Behavioral Health Member Handbook (DMC-ODS & SMHS)** sa programa/pasilidad kung saan tumatanggap ka ng mg serbisyo.

Available din ang impormasyong ito sa elektronikong paraan sa sumusunod na link:
https://www.optumsandiego.com/content/SanDiego/sandiego/en/beneficiary_and_families.html

PROGRAM NOTICE: This form must be made readily available to clients and in an area where they can independently obtain the form. This form and process shall not be replaced by any internal program grievance or complaint process.