



**Substance Abuse Prevention and Control**  
1000 South Fremont Avenue; Building A-9 East, 3rd Floor  
Alhambra, California 91803



## استمارة التظلم

التظلم (أو الشكوى) هو تعبير عن عدم الرضا عن خدماتنا العلاجية المتعلقة بإساءة استخدامك للمخدرات.

بإمكانك تقديم التظلم وقتما شئت كما يمكنك تفويض شخص آخر لتقديمه نيابةً عنك.

لن تتعرض للتمييز أو لأي إجراء تعسفي آخر نتيجة تقديمك لهذا التظلم. خصوصيتك ستبقى مضمونة وفق ما يقتضيه قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

1. التاريخ	
<b>PERSON FILING THE GRIEVANCE</b>	
2. الاسم الكامل (الاسم، اللقب، والاسم الأوسط):	3. تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):
4. رقم التسجيل في برنامج ميدي-كال أو (MHLA):	5. العنوان:
6. رقم الهاتف أو عنوان البريد الإلكتروني:	7. المدينة:
8. لا بأس أن نترك لك رسالة صوتية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	9. الرمز البريدي:
<b>REPRESENTATIVE INFORMATION (IF APPLICABLE)</b>	
7. اسم الشخص/الكيان:	8. صلة القرابة بصاحب التظلم:
9. رقم الهاتف:	5. العنوان:
6. المدينة:	7. الرمز البريدي:
11. لتفويض هذا الشخص/الكيان بالتصرف نيابةً عنك، على أساس أنه صاحب التظلم، يرجى التوقيع هنا: _____	
<b>GRIEVANCE IS BEING FILED AGAINST</b>	
12. الجهة التي تريد تقديم التظلم ضدها (مزود خدمة العلاج أو هيئة SAPC):	13. رقم الهاتف:
14. العنوان:	14. الرمز البريدي:
14. المدينة:	14. الرمز البريدي:

### INFORMATION ABOUT THE GRIEVANCE

15. يرجى إعطاء وصف تفصيلي لمضمون التظلم (أو الشكوى). تفضل بذكر معلومات على شاكلة تواريخ، أحداث، وقرارات أو تصرفات صدرت عن أفراد. يرجى إرفاق وثائق إضافية عند الضرورة إن وجدت.

16. الاسم المطبوع:	17. التوقيع:	18. التاريخ:
--------------------	--------------	--------------

### تصريح باستخدام وإفشاء البيانات الصحية

بتوقيعك لهذه الوثيقة، أنت توافق على السماح لهيئة الضبط والوقاية من سوء استخدام المخدرات التابعة لإدارة الصحة العمومية بمقاطعة لوس أنجلوس، بالتحقيق في مضمون الشكوى/التظلم. هذا التصريح سيسمح لمزود(ي) برنامجك العلاجي بإفشاء المعلومات التالية في إطار التحقيق بالشكوى/التظلم المقدم من طرفكم:

- سجلات علاجك من الاضطرابات الصحية المتعلقة بإساءة استخدامك للمخدرات؛ السابقة منها والحالية؛ و
- معلومات أخرى ذات صلة بالتظلم أو الطعن و/أو انتهاك الحقوق.

لن يتم استخدام أو إفشاء هذه البيانات مرة أخرى إلا بتصريح جديد منك أو في الحالات التي يكون فيها إفشاء هذه البيانات مسموحاً به أو ملزماً بمقتضى القانون.

تنتهي صلاحية هذا التصريح في تاريخ تسوية التظلم أو الطعن الذي قدمته.

**EXTERNAL SAPC REVIEW** *This section will include communication between SAPC and the agency/provider.*

هذه المعلومات السرية تمّ تقديمها إليك بما يتوافق مع القوانين والتعليمات الولاية والفيدرالية التي تشمل دون حصر قانون المؤسسات والشؤون الاجتماعية، القانون المدني، معايير الخصوصية HIPAA (هيايا)، والمادة 42 سي أف آر الفقرة 2. إن تصوير نسخة ثانية من هذه المعلومات قصد إعادة نشرها ممنوع منعا باتا دون تصريح كتابي من طرف المريض/الممثل الشرعي ذي الصلة فيما عدا الحالات المُستثناة بموجب القانون.

التعليقات:

فريق العمل المسند إليه: \_\_\_\_\_ تمّت المراجعة بواسطة: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

**INTERNAL SAPC USE ONLY** *This section is reserved for internal SAPC use only.*

التعليقات:

فريق العمل المسند إليه: \_\_\_\_\_ تمّت المراجعة بواسطة: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

يمكنك إرسال استمارة التظلم بإحدى الطرق التالية:

البريد الإلكتروني: [SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov](mailto:SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov)

الفاكس: (626) 458-6692

البريد العادي: Contract and Compliance ، Substance Abuse Prevention and Control

Division

1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3<sup>rd</sup> floor

Alhambra, California 91803

لتقديم التظلم عبر الهاتف أو لترح أسئلتكم واستفساراتكم: (626) 299-4532

لمزيد من المعلومات حول تقديم التظلم، يرجى الاطلاع على كتيب المريض أو زيارة موقع (SAPC) عبر هذا الرابط:

<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

المساعدة اللغوية متوفرة بالاتصال على الرقم التالي:

**1-844-804-7500**