



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



申诉单

申诉（或投诉）是对您的药物使用治疗服务不满意的一种表达。

您可以随时提起申诉，如果您愿意的话，也可以授权他人以您的名义进行申诉。

您提起的申诉不会受到任何歧视或其它形式的处罚，您的机密将会根据州和联邦法律得到保护。

1. 日期:		
PERSON FILING THE GRIEVANCE		
2. 姓名 (姓、名和中间名):	3. 出生日期 (mm/dd/yyyy):	4. Medi-Cal 或 MHLA #:
5. 街道地址:	城市	邮编:
6. 电话号码或邮箱:	可以留言吗? <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以	
REPRESENTATIVE INFORMATION (IF APPLICABLE)		
7. 个人/单位名字:	8. 与申诉人的关系:	9. 电话号码:
10. 街道地址	城市	邮编:
11. 如欲授权该人士/机构以您的名义处理申诉，请在此处签名: _____		
GRIEVANCE IS BEING FILED AGAINST		
12. 针对谁提起申诉，治疗师或 SAPC:		13. 电话号码:
14. 街道地址:	城市	邮编:

INFORMATION ABOUT THE GRIEVANCE

15. 请提供申诉（或投诉）描述，包括日期、事件、个人、诊断、相关行为等信息。如有必要，请附上任何其它文件。

16. 打印姓名：

17. 签名：

18. 日期：

健康信息使用和披露授权书

通过签署本文件，您将允许 Los Angeles County – Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control 对您的投诉/申诉发起调查。本授权将允许您的治疗医师披露以下信息，以对您的投诉/申诉进行调查：

- 您以往和目前药物使用障碍治疗记录，以及
- 与您的申诉、上诉和/或否决或权利相关的其它信息。

在未收到您的另一项授权之前此信息不得进一步使用或披露，或者在法律明确允许或要求披露信息的情况下才可进一步使用或披露此信息。

本授权将于您的申诉或上诉得到解决之日失效。

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

本机密信息是根据州和联邦法律和法规向您提供的，包括但不限于适用的“福利和机构法规”、“民法”、“HIPAA 隐私标准”和 42CFR 第 2 章。除非法律另有许可，否则在未经患者/授权代表事先书面授权的情况下，禁止复制此信息以供进一步披露。

意见:

工作人员: _____ 审核人: _____ 签名: _____ 日期: _____

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

意见:

工作人员: _____ 审核人: _____ 签名: _____ 日期: _____

您可以通过以下任何方式提交申诉单：

邮箱: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

传真: (626) 458-6692

邮寄: **Substance Abuse Prevention and Control, Contract and Compliance Division
1000 South Fremont Avenue, Building A9 East, 3rd floor
Alhambra, California 91803**

通过电话申诉或有疑问请拨打- (626) 299-4532

如需了解更多申诉填写信息，请参阅您的“患者手册”或访问 SAPC 网页：

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

如需语言援助可拨打电话：

1-844-804-7500

