



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



申訴申請表

不滿(或投訴)是你對你的藥物使用治療服務不愉快的一種表達。

你可隨時提出申訴，你亦可選擇，委託他人代表你處理。

你提出申訴不會受到歧視或任何其他懲罰。您將根據州和聯邦法律得到保護並保密。

1.日期:		
提出申訴的人		
2. 姓名(性氏, 名字和中間名):	3. 出生日期(/月/日/年):	4. 加州醫保或 MHLA #:
5.地址:	城市	郵區號碼:
6.電話號碼或電郵:	可以留言嗎? <input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以	
代理人的資料(如適用)		
7. 代理人的名字/機構:	8.與申訴人的關係:	9.電話號碼:
10.地址:	城市	郵區號碼
11.如欲授權此人士/機構代表你處理這投訴，請在此簽署: _____		
此申訴的針對對象		
12. 投訴對象(治療機構或 SAPC):	13.電話號碼:	
14.地址:	城市	郵區號碼:

關於申訴的資料

15.請說明你的不滿(或投訴)。包括日期、事件和人物、決定、所涉及的行動等資料。如有需要，請附上任何額外文件。

16.正楷名字:

17.簽名:

18.日期:

授權使用和透露健康資料

通過簽署這份文件，你便容許洛杉磯縣 - 公共衛生局， Substance Abuse Prevention and Control, 去調查你的投訴/申訴。本授權書將允許您的治療提供者透露以下資料，以便調查您的投訴/申訴:

- 您過去和現在的藥物濫用失調治療記錄;和
- 其他與你的不滿、上訴及/或拒絕或權利有關的資料。

除非收到您的另一項授權書，或法律明確允許或要求透露資料，否則這些資料不能再進一步使用或透露。

本授權書將於你的投訴或上訴獲解決之日無效。

外部 SAPC 審查本部分將包括 SAPC 與機構/治療提供者之間的溝通。

本保密資料是根據州和聯邦法律法規提供給您的，包括但不限於適用的福利和機構法規、民事法規、HIPAA 隱私標準和 42 CFR 第 2 部分。除非法律另有許可，否則未經病人/其授權代表事先書面授權，禁止複製和作進一步透露此資料。

評論:

被委任的職員: _____ 審查者: _____ 簽名: _____ 日期: _____

僅供 SAPC 內部使用本部份僅供 SAPC 內部使用。

評論:

被委任的職員: _____ 審查者: _____ 簽名: _____ 日期: _____

你可以通過以下任何一種方式提出申訴:

電子郵件: SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

傳真: (626) 458-6692

郵寄:

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

有關申訴的詳情，請參閱你的病人手冊或瀏覽 **SAPC** 網站
<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

語言輔助可致電:
1-844-804-7500