



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



แบบฟอร์มข้อร้องเรียน

ข้อร้องเรียน (หรือข้อร้องทุกข์)

คือการแสดงออกซึ่งความรู้สึกไม่พอใจเกี่ยวกับการใช้สารเพื่อบริการด้านการบำบัด

ท่านสามารถส่งเรื่องร้องเรียนได้ตลอดเวลา
 และสามารถมอบอำนาจให้แก่บุคคลเพื่อดำเนินการแทน
 ในกรณีที่ท่านต้องการได้อีกด้วย

ท่านจะมีได้รับการเลือกปฏิบัติ
 หรือมีบทลงโทษใดในการกรอกแบบฟอร์มข้อร้องเรียนนี้
 หากแต่ความลับของท่านจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแห่งรัฐและรัฐบาลกลาง

1. วันที่ :		
ข้อมูลของผู้ร้องเรียน		
2. ชื่อ (นามสกุล, ชื่อต้น, และชื่อกลาง) :	3. วันเกิด (เดือน/วัน/ปี) :	4. หมายเลขผู้มีสิทธิของ Medi-Cal หรือ MHLA #:
5. ที่อยู่:	เมือง	รหัสไปรษณีย์:
6. หมายเลขโทรศัพท์ หรือ อีเมล:	ยินดีที่จะให้ทั้งข้อความเสียงไว้ได้หรือไม่? <input type="checkbox"/> ยินดี <input type="checkbox"/> ไม่ยินดี	
ข้อมูลของตัวแทน (ถ้ามี)		
7. ชื่อบุคคล / คณะบุคคล :	8. ความสัมพันธ์กับผู้ที่ร้องเรียน:	9. หมายเลขโทรศัพท์:
10. ที่อยู่ :	เมือง	รหัสไปรษณีย์:
11. กรุณาเซ็นลงนาม เพื่อมอบอำนาจให้แก่บุคคล/คณะบุคคลในการดำเนินการในนามของท่าน ผู้ซึ่งเป็นผู้เขียนข้อร้องเรียนนี้ :		

ข้อร้องเรียนที่กรอกมานี้ได้ยื่นต่อ

12. ข้อร้องเรียนที่กรอกมาได้ได้ยื่นต่อบุคคลใด (ผู้ให้บริการด้านการบำบัด หรือ SAPC):	13. หมายเลขโทรศัพท์:	
14. ที่อยู่ :	เมือง	รหัสไปรษณีย์:

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับข้อร้องเรียน

15. กรุณาอธิบายรายละเอียดของข้อร้องเรียน (หรือข้อร้องทุกข์) รวมถึงระบุข้อมูลอื่นๆ อาทิ วันที่, เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น, รายละเอียดของบุคคล, การตัดสินใจ, การปฏิบัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และแนบเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น

16. ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง:	17. ลายเซ็น :	18. วันที่ :
-------------------------	---------------	--------------

การอนุญาตเพื่อนำข้อมูลไปใช้และการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ

โดยการลงนามในเอกสารฉบับนี้ ถือว่าเป็นการยินยอมให้กับ กรมอนามัยของเทศมณฑลลอสแอนเจลิส และ Substance Abuse Prevention and Control เพื่อตรวจสอบข้อร้องทุกข์/ข้อร้องเรียนของท่าน ซึ่งการมอบอำนาจ ณ ที่นี้

ถือเป็นการอนุญาตให้ผู้บริการด้านการบำบัดของท่านได้ทำการเปิดเผยข้อมูลดังต่อไปนี้
เพื่อเป็นการตรวจสอบในข้อร้องทุกข์/ข้อร้องเรียนของท่าน :

- บันทึกความผิดปกติจากการใช้สารเพื่อการบำบัดในอดีตและปัจจุบันของท่าน ; และ
- ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียน หรือการร้องทุกข์ และ/หรือการถูกปฏิเสธ หรือสิทธิประโยชน์ของท่าน

ข้อมูลดังกล่าวนี้จะไม่สามารถถูกนำมาใช้หรือเปิดเผยได้ หากมิได้รับการยินยอมใดๆจากท่าน
หรือการเปิดเผยนั้นได้รับการอนุญาตอย่างเฉพาะเจาะจงหรือตามที่กฎหมายกำหนด

การอนุญาตนี้จะสิ้นสุดลง ณ วันที่ข้อร้องเรียนของท่านได้รับการแก้ไขแล้ว

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

This confidential information is provided to you in accord with State and Federal laws and regulations including but not limited to APPLICABLE Welfare and Institutions Code, Civil Code, HIPAA Privacy Standards, and 42 CFR Part 2. Duplication of this information for further disclosure is prohibited without the prior written authorization of the patient/authorized representative to who it pertains unless otherwise permitted by law.

Comments:

Assigned Staff: _____ Reviewed by: _____ Signature: _____ Date: _____

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

Comments:

Assigned Staff: _____ Reviewed by: _____ Signature: _____ Date: _____

ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มข้อร้องเรียนโดยช่องทางดังต่อไปนี้

อีเมล : SAPCmonitoring@ph.lacounty.gov

แฟกซ์ : (626) 458-6692

จดหมาย : Substance Abuse Prevention and Control, Contract and Compliance Division

1000 ถนนเซาท์พริมอนต์, อาคาร A9 East, ชั้น 3

อัลฮามบรา, แคลิฟอร์เนีย 91803

แจ้งข้อร้องเรียนหรือสอบถามเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทร (626) 299-4532

**สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อกรอกข้อร้องเรียน อ้างอิงถึงหนังสือคู่มือผู้ป่วยของท่าน
หรือเข้าชมที่หน้าเว็บเพจของ**

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

ให้บริการด้านภาษาอื่นๆ ติดต่อที่เบอร์:

1-844-804-7500