

BAN CHỮA TRỊ BỆNH TÂM THẦN QUẬN SANTA CLARA
MẪU THAN PHIÊN VÀ KHIẾU NẠI

Trong trường hợp gặp rắc rối với dịch vụ chữa trị bệnh tâm thần, quý vị có thể liên lạc với **Điều Phối Viên Cải Tiến Phẩm Chất (Quality Improvement Coordinator)** theo số **1-800-704-0900** hoặc gửi mẫu đơn này cho Chương Trình Cải Tiến Phẩm Chất, Hộp thư 28504, San Jose, CA 95159-8504. Có sẵn bao thư đã dán tem và ghi địa chỉ.

Quý vị cũng có thể liên lạc với **Dự Án Biện Hộ cho Bệnh Nhân Tâm Thần (Mental Health Advocacy Project)** theo số **1-800-248-MHAP** hoặc **(408) 294-9730** để được hỗ trợ thêm.

Xin viết chữ in hoặc viết cho rõ ràng

Tên: _____ Ngày sinh: _____

Số an sinh xã hội: _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Bưu chính: _____

Tên của Người giám hộ/Quản thủ hợp pháp: _____

Tên Cơ quan/Nhân viên cung cấp dịch vụ: _____

1. Mô tả sự việc hoặc vấn đề: (Kèm theo bản phụ nếu cần thiết.) _____

2. Quý vị đã làm những gì để giải quyết vấn đề này? _____

3. Quý vị muốn vấn đề này được giải quyết như thế nào? _____

Chữ ký khách hàng: _____ Ngày: _____