BEHAVIORAL HEALTH, SUBSTANCE USE TREATMENT SERVICES
ĐƠN THAN PHIỀN VÀ KHÁNG CÁO của NGƯỜI THỤ HƯỞNG
BENEFICIARY GRIEVANCE AND APPEAL FORM - Vietnamese

Nếu có bất cứ vấn đề gì với Dịch Vụ Điều Trị Cai Nghiện (SUTS), quý vị nên thảo luận vấn đề quan tâm đó với người cung cấp dịch vụ/chương trình. Tuy nhiên, quý vị có quyền chính thức than phiền hoặc kháng cáo bất cứ lúc nào, bằng lời nói hoặc xử dụng mẫu đơn này, hoặc liên lạc với Managed Care Plan (MCP), qua Đường Dây của Người Thụ Hưởng, số **(408) 792-5666**. Quý vị có thể gởi đơn này với bao thư có ghi sẵn địa chỉ tại cơ sở cung cấp dịch vụ cho quý vị.

☐ **Grievance**
Than Phiền

☐ **Appeal**
Kháng Cáo

☐ **Expedited Appeal**
Kháng Cáo Cấp Tốc

Tên/Name:_____ Ngày Sanh/DOB:_____

Hồ Sơ Bệnh Lý/ MR#:_____ Điện Thoại/Phone: _____

Địa chỉ: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____

Tên của Đại Diện Hợp Pháp/Bệnh Nhân/Bảo Hộ (Nếu thích hợp): _____
Name of Legal Guardian/Parent/Conservator (if applicable):

Tên của Cơ Quan/Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ: _____
Name of Agency/Staff Person Providing Service:

1. Mô tả vấn đề hoặc sự việc/Describe the problem or issue:

2. Quý vị đã làm gì để giải quyết vấn đề, nếu có/ What have you already done to resolve the problem?

3. Quý vị muốn vấn đề này được giải quyết như thế nào? How would you like to see this problem resolved?

Người thụ hưởng ký tên: _____ Ngày: _____
Beneficiary Signature Date