



## Mẫu Đơn Khiếu Nại, Kháng Cáo, hoặc Kháng Cáo Khẩn Cấp

- Gửi trả lại mẫu đơn này sau khi điền đầy đủ cho quày lễ tân, hoặc quý vị có thể yêu cầu một phong bì đã có sẵn tem để nộp đơn khiếu nại, kháng cáo, hoặc kháng cáo khẩn cấp-

Ngày: \_\_\_\_\_  Khiếu nại  Kháng cáo  Kháng cáo Khẩn cấp

Thông tin Khách hàng:

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại/E-mail: \_\_\_\_\_ Cách tốt nhất để gặp tôi: \_\_\_\_\_

Vấn đề hoặc mối quan ngại của tôi là về chương trình hoặc về nhà cung cấp sau đây: \_\_\_\_\_

Mô tả vấn đề hoặc mối quan ngại (đính kèm thêm giấy nếu cần thiết): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Những gì tôi đã muốn xảy ra là: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi cho phép người sau đây để thay mặt cho tôi: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, ghi danh, và hội đủ điều kiện được phúc lợi sẽ không dựa trên việc ký hoặc từ chối ký giấy phép này.

Chữ ký khách hàng  
hoặc Đại diện Ủy quyền: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký, nếu không phải khách  
hang hoặc Đại diện Ủy quyền ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Date received \_\_\_\_\_  Grievance  Appeal  Expedited Appeal Oral report received by \_\_\_\_\_

File Number \_\_\_\_\_ Acknowledgement letter mailed on \_\_\_\_\_

Assigned to \_\_\_\_\_ or Referred to \_\_\_\_\_

## Quận Marin: Khiếu nại về Dịch Vụ Hạnh Phẩm và Hồi Phục Sức Khỏe (BHRS)

Quận Marin cam kết tìm ra giải pháp cho các vấn đề quý vị có thể gặp phải khi nhận dịch vụ từ BHRS. Là một khách hàng của BHRS, quý vị được khuyến khích (nhưng không bắt buộc) để thảo luận các vấn đề về dịch vụ của quý vị với nhà cung cấp. Nếu quý vị vẫn không hài lòng với dịch vụ mà quý vị nhận được, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại.

Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công vì đã nộp đơn khiếu nại, kháng cáo, hoặc kháng cáo khẩn cấp. Quý vị sẽ tiếp tục nhận được các dịch vụ trong quá trình khiếu nại.

### NỘP KHIẾU NẠI

Các khiếu nại và kháng cáo có thể được nộp qua lời nói hoặc bằng văn bản cho Ban Quản Lý Chất Lượng BHRS. Quý vị cũng có thể cung cấp thêm thông tin bất cứ lúc nào trong quá trình khiếu nại. Quý vị có thể sử dụng mẫu đơn trong tài liệu này để nộp khiếu nại của quý vị.

Ban Quản Lý Chất Lượng BHRS sẽ gửi cho quý vị một lá thư cho quý vị biết rằng cái khiếu nại, kháng cáo, hoặc kháng cáo khẩn cấp của quý vị đã được nhận. Có câu hỏi hoặc cần giúp đỡ trong việc nộp đơn khiếu nại hoặc kháng cáo, xin vui lòng gọi:

**Đường Giây Tiếp Cận: 1(888)818-1115 hoặc (415) 473-3068**

Các thông tin và mẫu đơn có thể tìm tại: <https://www.marinhhs.org/behavioral-health-recovery-services>

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và cung cấp một văn bản trả lời cho quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền trong vòng **90 ngày theo lịch** sau khi nhận được đơn.

### NỘP KHÁNG CÁO

Các khách hàng có Medi-Cal có quyền khiếu nại nếu dịch vụ bị từ chối, sửa đổi, chấm dứt, trì hoãn bất hợp lý, hoặc nếu BHRS không hành động trong thời hạn do Tiểu Bang ấn định cho việc giải quyết khiếu nại và kháng cáo.

Kháng cáo có thể nộp qua lời nói hoặc bằng văn bản. Một kháng cáo qua lời nói phải được theo sau bởi một văn bản của quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền.

Kháng cáo của quý vị sẽ được xem xét, và một văn bản trả lời sẽ được cung cấp cho quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền trong thời hạn **45 ngày theo lịch** kể từ khi nhận.

### Kháng Cáo Khẩn Cấp:

Quý vị hoặc đại diện được ủy quyền có quyền nộp đơn kháng cáo khẩn cấp. Nếu quý vị hoặc đại diện được ủy quyền quyết

định rằng thủ tục kháng cáo tiêu chuẩn có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc lấy lại chức năng tối đa, thì có thể yêu cầu và được cấp thủ tục kháng cáo khẩn cấp.

Kháng cáo khẩn cấp của quý vị sẽ được xem xét và văn bản trả lời sẽ được cung cấp cho quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền không quá **3 ngày làm việc** sau khi nhận được đơn.

Khách hàng có Medi-Cal có quyền yêu cầu một Phiên-Xử Công-Bình của Tiểu Bang. Nếu quý vị không hài lòng với câu trả lời của BHRS về kháng cáo hoặc đã nhận được Thông Báo Hành Động, thì quý vị có thể yêu cầu một Phiên-Xử Công-Bình của Tiểu Bang.

Quý vị phải nộp yêu cầu trong vòng **120 ngày theo lịch** sau quyết định của BHRS.

Nếu quý vị nộp đơn xin Phiên-Xử Công-Bình của Tiểu Bang trong vòng **10 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được Thông Báo Hành Động (NOA) thì mức độ dịch vụ hiện tại của quý vị có thể tiếp tục trong khi quý vị đang chờ đợi kết quả của phiên xử.

Để yêu cầu Phiên-Xử Công-Bình của Tiểu Bang, xin liên lạc với Ban Phiên-Xử Công-Bình của Tiểu Bang ở Sacramento:

State Hearing Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2530  
Điện thoại: **1-800-952-5253**



## Sở Sức Khỏe và Dịch Vụ Nhân Sinh Quận Marin:

## Dịch Vụ Hạnh Phẩm và Hồi Phục Sức Khỏe (BHRS)

### KHIẾU NẠI/QUY TRÌNH KHÁNG CÁO và ĐƠN

Khách hàng của Dịch Vụ Hạnh Phẩm và Hồi Phục Sức Khỏe của Quận Marin có các quyền, bao gồm quyền báo cáo các vấn đề liên quan đến các dịch vụ họ nhận được. Trả lại mẫu đơn đã điền cho lễ tân hoặc gửi bưu điện về:

BHRS Quality Management Unit,  
20 N. San Pedro Rd., Suite 2022,  
San Rafael, CA 94903

Điện thoại:  
(415) 473-3068 hoặc  
1-888-818-1115 (miễn phí)  
*Người kiểm thính gọi 711 để nói chuyện với Đội Truy Cập để được hỗ trợ.*