



- ➡ ท่านสามารถยื่นคำร้องเรียนเกี่ยวกับ : เจ้าหน้าที่หยาบคาย, คุณภาพการบริการที่แย่, ได้รับการปฏิเสธต่อคำขอ
ด้านบริการทันตกรรมที่ต้องการ, ได้รับการปฏิเสธต่อคำขอความช่วยเหลือ, ไม่สามารถเข้าใช้ห้องน้ำ,
มีปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิต
- ➡ วิธีการยื่นคำร้องเรียน :
 - ① เตรียมข้อความโดยทั่วไปเกี่ยวกับปัญหาของท่าน หรือขอให้เจ้าหน้าที่ของมณฑลช่วยท่านเตรียมข้อความ
ตัวอย่างข้อความได้แนบมาทำเอกสารและท่านยังสามารถใช้แบบฟอร์มที่แนบมานี้
 - ② ก่อนการส่งคำร้องเรียน ข้อความในคำร้องของท่านควรได้รับการทำสำเนาและเก็บไว้เป็นหลักฐาน
 - ③ แบบฟอร์มคำร้องเรียนควรจัดส่งทาง ไปรษณีย์ไปยังโครงการสุขภาพจิตของมณฑล (County Mental Health
Plan) สิ่งที่แนบมาคือหมายเลขโทรศัพท์ของ MHP พร้อมทั้งอยู่
 - ④ เจ้าหน้าที่ประจำมณฑลจะต้องตอบท่านเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 30 วันหลังจากที่ได้รับคำร้องเรียนของท่าน
หากคำร้องของท่านเกี่ยวกับ การบริการด้านที่อยู่อาศัย หรือ การบริการด้านที่อยู่อาศัยกรณีฉุกเฉิน
ท่านจะได้รับ การตัดสินใจที่รวดเร็วขึ้น และ การบริการที่ท่านได้รับจะดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง
จนกว่ามณฑลจะมีการตัดสินใจขึ้น
 - ⑤ ท่านมีสิทธิในการขอให้มีการพิจารณาที่ยุติธรรมเกี่ยวกับ Medi-Cal ของรัฐ ภายใน 90 วัน หาก Medi-Cal
ปฏิเสธ, ยุติ หรือลดการบริการแก่ท่าน ท่านสามารถขอให้มีการพิจารณาพร้อมๆกันกับที่ท่านยื่นคำร้องเรียน
ต่อ Medi-Cal คำร้องขอให้มีการพิจารณาของ Medi-Cal ควรจัดส่งไปที่: Chief, ALJ (Administrative Law
Judge), California Department of Health Services, 744 "P" Street, Sacramento, CA 95814
- ท่านมีสิทธิในการยื่นคำร้องทุกข์ต่อสำนักงานเพื่อสิทธิที่เท่าเทียมกันของพลเมือง (Office of Civil Rights
(OCR)) ของรัฐ ภายใน 180 วัน ในกรณีที่มีการเลือกปฏิบัติอันมีพื้นฐานมาจากเชื้อชาติ, สีผิว, สัญชาติ,
การทุพพลภาพ, อายุ, เพศหรือศาสนา คำร้องทุกข์เกี่ยวกับ OCR ที่เป็นลายลักษณ์อักษรจะต้องจัดส่งไปยัง:
Office of Civil Rights, U.S. Dept. of Health & Human Services, 50 United Nations Plaza, Room 322,
San Francisco, CA 94103
- ⑥ เป็น การผิดกฎหมายของรัฐและของรัฐบาลที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะทำการแก้แค้นต่อท่าน เนื่องจากกรณีที่ท่าน
ยื่นคำร้องเรียนหรือคำร้องทุกข์ดังกล่าว

แบบฟอร์มการร้องเรียนอย่างเป็นทางการ

มณฑล: _____

วันที่: _____

ชื่อบุคคลที่กรอกแบบฟอร์ม: _____

สำหรับ (ชื่อผู้ใช้บริการ): _____

สามารถติดต่อท่านได้อย่างไร?: _____

ที่อยู่: _____

โทรศัพท์: _____

ยื่นคำร้องเรียนต่อ (ชื่อโครงการ): _____

เหตุผลสำหรับการยื่นคำร้อง (กรุณาอธิบายในช่องว่างที่จัดเตรียมให้):

ลายเซ็นของผู้กรอกแบบฟอร์ม: _____

For Office Use Only:

Date Received: _____ **Step Number:** _____ **Grievance Number:** _____

