



ОТДЕЛ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОКРУГА МАЛТНОМА

Форма для направления жалобы

ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ТО, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО?

Лица, получающие услуги поведенческой коррекции и терапии в округе Малтнома, находятся в центре системы охраны психического здоровья.

КАК СВЯЗАТЬСЯ С НАМИ:

- **Звоните:**
Горячая линия для подачи жалоб Отдела поведенческого здоровья – 503-988-8600
Управление здравоохранения штата Орегон – 503-945-5772
Офис защиты прав и интересов населения при губернаторе – 1-800-442-5238

Если Вы являетесь участником Care Oregon, свяжитесь напрямую со своей Организацией координированного обслуживания (CCO):

Care Oregon – 503-416-4100 или 1-800-224-4840

- **Письменные жалобы:**
Для составления жалобы можно использовать вторую страницу этой формы, которую затем следует отправить по почте или факсу по указанному внизу адресу.
- **Онлайн:**
Для подачи жалобы также можно использовать онлайн-форму:
<https://multco.us/mhas/webform/comments-complaints>

Помните:

- направленная Вами жалоба рассматривается нами в установленном порядке в течение 30 дней.
- Вы можете обратиться к нам с просьбой рассмотреть Вашу жалобу в ускоренном порядке, если ее рассмотрение в рамках обычной процедуры повлечет за собой причинение Вам какого-либо вреда или ущерба.
- Вас не могут преследовать за подачу жалобы.
- Вы защищены от каких-либо правовых последствий, связанных с подачей жалобы.

ПРАВА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ПОДАЧУ ЖАЛОБ/ПРЕТЕНЗИЙ

Вы имеете право подать жалобу.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ – Любая информация, содержащаяся в Вашем сообщении о волнующей Вас проблеме или связанная с ней, будет оставаться конфиденциальной, за исключением следующих случаев:

- когда Вы подаете жалобу, BHD округа Малтнома имеет право на информацию, касающуюся Вашей жалобы, в целях ее проверки и изучения без получения подписанного Вами, Вашим родителем/законным опекуном или представителем разрешения на раскрытие такой информации.
- При наличии соответствующего подписанного и официально оформленного разрешения.
- В рамках действующего законодательства мы обязаны передавать информацию в соответствующие структуры в следующих случаях:
- когда есть основания подозревать, что имеет место случай жестокого обращения с ребенком или отсутствия заботы о нем в соответствии с требованиями ORS 419B.005.
- При подозрении на жестокое обращение со взрослым, в возрасте 18 лет и старше, имеющим инвалидность, или отсутствие заботы о нем в соответствии с требованиями ORS 419B.005.
- Информирование сотрудников правоохранительных органов и предполагаемой жертвы преступления при наличии явной и серьезной угрозы совершения убийства или намерения причинить серьезные телесные повреждения другому человеку.
- Передача информации о том, что существует непосредственная угроза причинения клиентом вреда самому себе. Информация может быть передана лицу, обладающему необходимыми полномочиями для нейтрализации указанной угрозы.
- Передача соответствующей информации врачу или в больницу при возникновении чрезвычайной ситуации медицинского характера.
- В случае повестки с вызовом в суд, требующей раскрытия сведений, касающихся клиента.

У ВАС ЕСТЬ ПРАВО ЗАПРОСИТЬ ДОСТУП К ДОКУМЕНТАМ, СОДЕРЖАЩИМ СВЕДЕНИЯ О ВАС, И ПРЕДСТАВИТЬ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА. Вы имеете право запросить доступ к касающейся Вас медицинской

документации для ознакомления с ее содержанием, а также получить ответ или запрашиваемый доступ в течение пяти рабочих дней. Вы также имеете право предоставить информацию по этому вопросу или, если речь идет об апелляции, соответствующие доказательства по апелляции до вынесения решения.

ФОРМА ЖАЛОБЫ ОКРУГА МАЛТНОМА ОТДЕЛ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Сегодняшняя дата

Перед заполнением формы просмотрите информацию на первой странице.

Полное имя клиента:

Адрес:

Телефон:

Полное имя лица, передающего информацию Проблема:

Тел.:

Кем Вы приходитесь клиенту:

Вы хотите сохранить анонимность? Да / Нет (обведите один вариант ответа)

Вам нужен переводчик? Да / Нет Если да, то для какого языка?

Опишите содержание своей жалобы: Предоставьте нам любую информацию, которая может помочь нам решить рассматриваемую проблему. Приложите любые документы, с которыми Вы считаете необходимым ознакомить нас в рамках рассмотрения данного вопроса. Приложите дополнительные страницы к этой форме, если для описания проблемы Вам необходимо больше места.

Какого результата Вы хотели бы добиться в этом деле?

Перечислите полные имена и номера телефонов всех лиц, с кем Вы хотите, чтобы мы связались по поводу этой жалобы:

Полное имя/Кем приходится клиенту:

Телефон:

Полное имя/Кем приходится клиенту:

Телефон:

[ВОТ НАШ АДРЕС – ВЫ МОЖЕТЕ ПЕРЕДАТЬ СВОЮ ИНФОРМАЦИЮ ПО ПОЧТЕ, ФАКСУ, ТЕЛЕФОНУ ИЛИ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ОНЛАЙН-ФОРМОЙ:](#)

Отдел поведенческого здоровья округа Малтнома

209 SW 4th St., Suite 520, Portland OR 97204

Телефон: 503-988-8600 ~ Факс: 503-988-4015 ~ Телетайп: 711

<https://multco.us/mhas/webform/comments-complaints>

Дополнительное место для описания Вашей жалобы

(использовать при необходимости):

