멀트노마 카운티 행동 보건부

불만 제기 양식

필요한 것을 잘 받고 계십니까?

멀트노마 카운티에서 행동 건강 서비스를 받는 사람들은

행동 건강 시스템의 중심에 있습니다.

저희에 연락하는 방법:

- **전화:**
  행동 보건부 불만 전화 - 503-988-8600
  오리건 보건부 - 503-945-5772
  주지사 지원실 - 1-800-442-5238

  Care Oregon 회원인 경우 CCO에 직접 연락하십시오:

  Care Oregon- 503-416-4100 또는 1-800-224-4840

- **서면:**
  이 양식의 두 번째 페이지를 사용하여 불만 사항을 작성하고 하단의 주소로 우편 또는 팩스를 보낼 수 있습니다.

- **온라인:**
  아래 사이트에서 온라인으로 제공된 불만 제기 양식을 사용할 수도 있습니다:
  https://multco.us/mhas/webform/comments-complaints

명심할 사항:

- **귀하가 불만 사항을 제출하면 저희는 30일 이내에 절차를 완료해야 합니다.**
- **귀하의 불만 사항으로 인해 당국이 절차를 완료하는 데 걸리는 시간에 귀하에 피해를 끼치게 될 경우, 귀하는 신속한 불만을 제기할 수 있습니다.**
- **귀하는 불만을 제기한 것에 대해 불이익을 당할 수 없습니다.**
- **귀하는 불만 제기에 대한 법적 문제로부터 면제됩니다.**

****

소비자 불만/불만 신고 권리

귀하는 불만을 제기할 권리가 있습니다.

기밀 유지 - 귀하의 우려/불만 사항에 대한 모든 정보는 다음 상황을 제외하고 기밀로 유지됩니다:

- 불만을 제기할 때 멀트노마 카운티 BHD는 귀하, 귀하의 부모/법적 보호자 또는 귀하의 대리인으로부터 서명 받은 정보를 공개하지 않고 검토 목적으로 귀하의 불만 사항에 관한 정보를 받을 권리가 있습니다.
- 승인에 서명하여 공식적으로 승인된 경우.
- 법률에서 요구하는 바에 따라 다음과 같은 경우 해당 기관에 보고합니다:
- ORS 419B.005에서 요구하는 대로 아동 학대 또는 방치가 의심되는 경우.
- ORS 419B.005에서 요구하는 대로 장애가 있는 18세 이상의 성인에 대한 학대 또는 방치가 의심되는 경우.
- 강력하고 심각한 살인 위협이 있거나 다른 사람에게 심각한 신체적 상해를 입히려는 의도가 있는 경우 법 집행관 및 의도 대상의 피해자에게 보고합니다.
- 고객이 자신에게 해를 끼칠 위험이 임박했다고 판단되는 경우 보고합니다. 위험에 대처할 권한이 있는 사람에게 정보가 공개될 수 있습니다.
- 의학적 응급 상황 시 의사나 병원에 보고합니다.
- 고객의 기록 공개를 필요로 하는 법원 소환장의 경우.

귀하는 귀하의 기록에 대한 액세스를 요청하고 증거를 제시할 권리가 있습니다. 귀하는 근무일 기준 5일 이내에 귀하의 의료 기록을 검토하고 응답을 받거나 기록에 대한 접근 권한을 받을 권리가 있습니다. 또한 귀하는 판결이 내리기 전에 이 문제에 관한 정보를 제공할 권리가 있거나 이것이 항소인 경우 항소에 관한 증거를 제공할 권리가 있습니다.

멀트노마 카운티 불만 양식
행동 보건부

오늘 날짜_____

본 양식을 작성하기 전에 첫 페이지의 정보를 검토하십시오.

고객 이름: _____
주소: _____
전화번호: _____
우려 사항을 보고하는 사람의 이름: _____
전화번호 _____
고객과의 관계: _____
익명을 유지하시겠습니까? 예/아니요(하나에 동그라미 표시)
통역이 필요하십니까? 예/아니요 '예'일 경우, 어떤 언어로 통역을 원하십니까? _____

불만 사항을 설명하십시오: 이 문제를 해결하는 데 도움이 될 수 있는 정보를 제공해주십시오. 이 우려 사항과 관련하여 검토할 기록을 첨부하십시오. 우려 사항을 설명하기 위해 더 많은 공간이 필요한 경우 본 양식에 추가 페이지를 첨부하십시오.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

이 문제에서 어떤 일이 일어나기를 바라십니까?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

이 불만 사항에 대해 저희가 연락하기를 원하는 사람의 이름과 전화번호를 기재하십시오:

고객 이름/고객과의 관계:

전화:

고객 이름/고객과의 관계:

전화:

주소에는 다음과 같이 우편, 팩스, 전화 또는 온라인 양식을 사용할 수 있습니다:

멀트노마 카운티 행동 보건부

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

전화: 503-988-8600 ~ 팩스: 503-988-4015 ~ TTY: 711

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

귀하의 불만 사항을 설명할 수 있는 추가 공간(필요할 경우):