



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

投诉确认函

日期

姓名

地址

地址

您好：

本函旨在确认已收到您于（日期）就（提供者姓名）所提供的服务提起的投诉。我们将根据您所提供的信息对该投诉展开调查，并将在 90 天内通知您最终决定。在此期间，您可以提供其他口头或书面证明文件。我们可能需要与您联系以收集其他信息。如需听力和语言帮助，请致电 711 联系加利福尼亚转接服务。如需口译人员，我们亦能为您安排。

为协助进行调查，我们需要您对部分机密信息披露表示同意。您已同意[于 xx/xx/xxxx 口头通知我，但未经书面通知。为此，附上信息披露表供您填写并返回给我。]

您也可以授权他人代表您行事。行为医疗保健服务分享任何信息前，非网络受益人代表必须填写签署好的信息披露表。

美国联邦法规 (CFR) 第 438.408 (b) 和 (c) 节规定初始时限为 90 天，如果您申请延期，或者 BHP 认为需要其他信息并且延期对您最为有利，则最多可延长 14 天。

您不会因提起投诉而受到任何歧视或任何其他处罚。

如果您对此流程存有任何疑问，请通过（电话号码）与我取得联系。

诚挚祝愿，

工作人员姓名

联系方式



Alameda County Behavioral Health Care Services

A Department of Alameda County
Health Care Service Agency