



**Behavioral Health
Department**

Alameda County Health

Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Director

Thư Xác Nhận – Khiếu Nại

Ngày

Tên Họ

Địa Chỉ

Địa Chỉ

Kính Gửi

Thư này là để xác nhận đã nhận được khiếu nại của quý vị vào (ngày) về các dịch vụ quý vị nhận được từ (tên của nhà cung cấp). Với thông tin quý vị đã cung cấp, chúng tôi sẽ điều tra khiếu nại của quý vị và thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng trong vòng 90 ngày. Trong thời gian này, quý vị có thể cung cấp thêm tài liệu hỗ trợ bằng lời nói hoặc bằng văn bản. Tôi cũng có thể cần liên lạc với quý vị để thu thập thêm thông tin. Để được hỗ trợ về nghe và nói, xin quý vị vui lòng gọi số 711 cho Dịch Vụ Chuyển Tiếp California. Chúng tôi cũng có thể sắp xếp một thông dịch viên nếu quý vị cần.

Để thực hiện cuộc điều tra, quý vị đã được yêu cầu đồng ý về việc tiết lộ thông tin bảo mật có hạn chế. Quý vị đã cung cấp sự đồng ý đó *[bằng lời nói với tôi vào ngày xx/xx/xxxx nhưng không phải bằng văn bản, do đó, một mẫu Tiết Lộ Thông Tin được đính kèm để quý vị điền vào và gửi lại cho tôi.]*

Quý vị có thể ủy quyền cho người khác hành động thay mặt quý vị. Đại diện cho người thụ hưởng không thuộc hệ thống phải điền vào mẫu tiết lộ thông tin có chữ ký trước khi Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi chia sẻ bất kỳ thông tin nào.

Bộ Luật Điều Lệ Liên Bang (CFR) Đoạn 438.408 (b) và (c) cho phép khoảng thời gian ban đầu là 90 ngày được kéo dài thêm tối đa 14 ngày nếu quý vị yêu cầu gia hạn hoặc nếu BHP xác định cần có thêm thông tin và sự chậm trễ là điều có lợi nhất cho quý vị.

Quý vị sẽ không phải chịu bất kỳ sự kỳ thị hoặc bất kỳ hình phạt nào khác vì nộp đơn khiếu nại.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến tiến trình này, xin vui lòng liên lạc với tôi tại **(số điện thoại)**.

Nay Kính,

Tên Họ Nhân Viên



Alameda County Behavioral Health Care Services

A Department of Alameda County
Health Care Service Agency

Chi Tiết Liên Lạc