Biểu Mẫu Khiếu Nại, Kháng Nghị hoặc Kháng Nghị Khẩn Cấp

Nộp biểu mẫu đã hoàn thành này tại quầy tiếp nhận hoặc quý vị có thể yêu cầu một phong bì có dán tem sẵn để gửi biểu mẫu qua đường bưu điện khi nộp khiếu nại, kháng nghị hoặc kháng nghị khẩn cấp-

Ngày:_____ ☐ Khiếu Nại ☐ Kháng Nghị
☐ Kháng Nghị Khẩn Cấp

Thông Tin Khách Hàng:

Họ Tên: _____ Ngày Sinh: _____

Địa Chỉ: _____
Số Điện Thoại/Email: _____ Cách liên hệ với tôi thuận tiện nhất: _____

Vấn đề hoặc mối quan ngại của tôi liên quan đến chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ sau: _____

Mô tả vấn đề hoặc mối quan ngại (đính kèm thêm trang nếu cần): _____

_____

_____

_____

_____

_____

Gửi biểu mẫu đến:
Sở Dịch Vụ Nhân Sinh và Y Tế Quận Marin (County of Marin Department of Health & Human Services)
Đơn Vị Quản Lý Chất Lượng – Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi
20 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903

Sửa Đổi 06/2026

_____

_____

_____

_____

Kết quả tôi mong muốn: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Tôi ủy quyền cho người có tên sau đây thay mặt tôi thực hiện các công việc này: _____

Tôi hiểu rằng việc điều trị, thanh toán, ghi danh và việc đủ điều kiện nhận quyền lợi sẽ không phụ thuộc vào việc tôi ký hoặc từ chối ký giấy ủy quyền này.

Chữ ký của khách hàng hoặc
Người Đại Diện Được Ủy Quyền theo luật định: _ Ngày: __
_____

THÔNG BÁO CHO KHÁCH HÀNG: Hội Đồng Khoa Học Hành Vi tiếp nhận và phản hồi các khiếu nại liên quan đến các dịch vụ được cung cấp trong phạm vi hành nghề của (bác sĩ trị liệu vấn đề hôn nhân và gia đình, bác sĩ tâm lý giáo dục được cấp phép, công tác viên xã hội lâm sàng hoặc tư vấn viên lâm sàng chuyên nghiệp). Quý vị có thể

liên hệ với hội đồng qua trang web www.bbs.ca.gov hoặc gọi đến số (916) 574-7830.

Chỉ dành cho văn phòng Ngày nhận _____

Gửi biểu mẫu đến:

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh và Y Tế Quận Marin (County of Marin Department of Health & Human Services)
Đơn Vị Quản Lý Chất Lượng – Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi
20 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903

Quận Marin: Dịch Vụ Phục Hồi và Sức

Quận Marin cam kết tìm giải pháp cho các vấn đề mà quý vị có thể gặp phải khi nhận dịch vụ từ BHRS. Quý vị được khuyến khích (nhưng không bắt buộc) trao đổi các vấn đề liên quan đến dịch vụ của mình với nhà cung cấp dịch vụ. Nếu vẫn không hài lòng với các dịch vụ mình nhận được, quý vị có quyền nộp đơn khiếu nại.

Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử hoặc đối xử bất công vì đã nộp đơn

NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI

hoặc kháng nghị khẩn cấp. Hội viên sẽ tiếp tục nhận dịch vụ trong suốt quá trình giải quyết khiếu nại.

Khiếu nại là việc bày tỏ sự không hài lòng về bất kỳ vấn đề nào ngoài Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi. Hội viên có thể nộp Đơn Khiếu Nại vào bất kỳ lúc nào. Khiếu nại có thể được gửi bằng miệng hoặc bằng văn bản cho Đơn Vị Quản Lý Chất Lượng BHRS. Quý vị cũng có thể cung cấp thêm thông tin vào bất kỳ thời điểm nào trong quá trình giải quyết khiếu nại.

Đơn Vị Quản Lý Chất Lượng BHRS sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết rằng khiếu nại của quý vị đã được tiếp nhận trong vòng **5 ngày theo lịch.**

Chúng tôi sẽ xem xét khiếu nại của quý vị và gửi Thông Báo Giải Quyết Khiếu Nại bằng văn bản cho quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị trong vòng **30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được khiếu nại.

Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ trong việc nộp khiếu nại hoặc kháng nghị, vui lòng gọi:

Đường Dây Hỗ Trợ: 1 (888) 818-1115
Quý vị có thể tìm thông tin và biểu mẫu tại:

QUẬN MARIN

marincounty.gov/services/file-grievance-about-behavioral-health-and-recovery-services-bhrs

NỘP ĐƠN KHÁNG NGHỊ

Khách hàng tham gia Medi-Cal có quyền nộp đơn kháng nghị trong vòng **60 ngày** kể từ thời điểm nhận được Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi nếu dịch vụ bị từ chối, sửa đổi, chấm dứt hoặc trì hoãn một cách bất hợp lý.

Hội viên, nhà cung cấp dịch vụ và/hoặc người đại diện được ủy quyền có thể yêu cầu kháng nghị bằng miệng hoặc bằng văn bản. Các đơn kháng nghị do nhà cung cấp dịch vụ nộp thay mặt hội viên phải có sự đồng ý bằng văn bản của hội viên.

Đơn Vị Quản Lý Chất Lượng BHRS sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết rằng đơn kháng nghị của quý vị đã được tiếp nhận trong vòng **5 ngày theo lịch.**

Đơn kháng nghị của quý vị sẽ được xem xét và Thông Báo Giải Quyết Kháng Nghị sẽ được gửi cho quý vị hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị trong vòng **30 ngày theo lịch** kể từ ngày nhận được đơn kháng nghị.

Kháng Nghị Khẩn Cấp: Quý vị hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị có quyền nộp đơn kháng nghị khẩn cấp. Nếu quý vị hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị cho rằng một quy trình kháng nghị thông thường có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng, sức khỏe hoặc khả năng đạt được, duy trì hoặc khôi phục chức năng tối đa của quý vị, quý vị có thể yêu cầu thực hiện kháng nghị khẩn cấp và yêu cầu đó có thể được chấp thuận.

Kháng nghị khẩn cấp của quý vị sẽ được xem xét và văn bản giải quyết sẽ được gửi cho quý vị hoặc người đại diện

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh và Y Tế Quận Marin
Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Marin/Cải Thiện Chất Lượng
20 N. San Pedro Rd., #2028, San Rafael, CA 94903

Sửa Đổi 06/2026

được ủy quyền của quý vị không muộn hơn **72 giờ** kể từ thời điểm nhận được yêu cầu.

Hội viên Medi-Cal có quyền yêu cầu một Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang sau khi đã kháng nghị một Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi và nhận được thông báo rằng BHRS giữ nguyên quyết định đó hoặc nếu BHRS không tuân thủ các yêu cầu về thông báo và thời hạn theo Bộ Quy Định Liên Bang (Code of Federal Regulations, CFR), Tiêu Đề 42, mục 438.408, bao gồm việc không cung cấp Thông Báo Về Quyết Định Bất Lợi Về Quyền Lợi hoặc Thông Báo Giải Quyết Kháng Nghị. Quý vị phải nộp yêu cầu trong vòng **120 ngày theo lịch** kể từ ngày có quyết định của BHRS.

Nếu quý vị yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang trong vòng **10 ngày theo lịch** kể từ khi nhận được Thông Báo Giải Quyết Kháng Nghị, mức dịch vụ hiện tại của quý vị có thể tiếp tục được duy trì trong khi chờ kết quả điều trần.

Để yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang, vui lòng liên hệ:
State Hearing Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2530

Số Điện Thoại: **1-800-952-5253**

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh và Y Tế Quận Marin (Marin County Health & Human Services):

Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi

QUY TRÌNH và **BIỂU MẪU KHIẾU NẠI/KHÁNG NGHỊ**

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh và Y Tế Quận Marin
Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Marin/Cải Thiện Chất Lượng
20 N. San Pedro Rd., #2028, San Rafael, CA 94903

Sửa Đổi 06/2026

qua đường bưu điện đến:

Khách hàng của Dịch Vụ Phục Hồi và Sức Khỏe Hành Vi Quận Marin có các quyền, bao gồm quyền báo cáo các vấn đề liên quan đến những dịch vụ họ nhận được.

Nộp biểu mẫu đã hoàn thành cho nhân viên lễ tân hoặc gửi

Thông Tin Quản Lý Chất Lượng BHRS
20 N. San Pedro Rd.
San Rafael, CA 94903

Số Điện Thoại:
1-888-818-1115 (miễn phí)

Người khiếm thính: Quay số 711 để liên hệ với Nhóm Hỗ Trợ và nhận trợ giúp.

Sở Dịch Vụ Nhân Sinh và Y Tế Quận Marin
Chương Trình Sức Khỏe Tâm Thần Marin/Cải Thiện Chất Lượng
20 N. San Pedro Rd., #2028, San Rafael, CA 94903

Sửa Đổi 06/2026

Cập nhật 06/2026