

## ФОРМА СКАРГИ

Ви можете надати цю форму будь-якому члену персоналу LLC або адвокату (список адвокатів розміщений у фойє кожної програми). Якщо ви стурбовані поданням скарги персоналу у місці отримання послуг, ви можете попросити конверт, запечатати його та адресувати на ім'я **спеціаліста з забезпечення якості** або надіслати електронного листа на адресу **[grievances@lifelineconnections.org](mailto:grievances@lifelineconnections.org)**.

Сьогоднішня дата      /      /      /       
М М ДД Р Р Р Р

Дата інциденту      /      /      /       
М М ДД Р Р Р Р

Ім'я та прізвище пацієнта \_\_\_\_\_  
Прізвище Ім'я По батькові

**Раса**  Американський індіанець чи корінний житель Аляски  Білий  Чорний або афроамериканець  
 Азіат або житель тихоокеанських островів  Іспаномовний чи латиноамериканець  Інша раса

**Гендерна ідентифікація:**  Агендер  Бігендер  Жіночої статі  Гендерфлюїд  Гендерквір  
 Гендерно неконформний  Інтерсекс  Чоловічої статі  Небінарна  Трансгендерна жінка  
 Трансгендерний чоловік  Бердаші  Не бажаю відповідати  Моя стать (якщо не вказано вище): \_\_\_\_\_

**Контактна інформація** \_\_\_\_\_  
Домашній телефон Мобільний телефон Адреса електронної пошти

**Страхова компанія:**  Molina/Beacon/CHPW  Приватне страхування / самооплата  ВНО: \_\_\_\_\_

**Якщо когось повідомили про інцидент, кого?:** \_\_\_\_\_ **Дата повідомлення:** \_\_\_\_\_

### Тип скарги

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Якість.....  | Якість отриманої послуги недостатня та / чи не відповідає для задоволення потреб пацієнта / сім'ї.   |
| <input type="checkbox"/> Доступ до послуг.....  | Пацієнт не може отримати доступ до обслуговування або не може отримати доступ протягом необхідного часу (не включає доступ до лікаря, який випишує рецепт). Турбота про процес прийому, відмову в послугах чи мовні бар'єри. |
| <input type="checkbox"/> Подальші послуги.....  | Телефонні дзвінки не повертаються працівниками агентства та / або не повертаються вчасно.  |
| <input type="checkbox"/> Обслуговування – інтенсивність, недоступність, координування | Потрібна послуга недоступна або доступна не так часто, як бажається та / або не узгоджується з іншими послугами.   |
| <input type="checkbox"/> Права.....   | Порушення особистих прав.  |
| <input type="checkbox"/> Медичні послуги.....   | Будь-яке занепокоєння, пов'язане з особою, яка випишує ліки, включаючи своєчасний доступ до медичного персоналу та ліки.   |
| <input type="checkbox"/> Адміністративні послуги.....                                 | Занепокоєння щодо адміністративних послуг (наприклад, принципів чи процедур).  |
| <input type="checkbox"/> Гідність і повага.....                                       | До пацієнта / сім'ї не ставляться гідно та з повагою.  |
| <input type="checkbox"/> Порушення положення про захищену медичну інформацію.....     | Особиста інформація про здоров'я передається без згоди або поза «необхідністю знати».  |
| <input type="checkbox"/> Індивідуалізоване поводження.....                            | Занепокоєння щодо відсутності вкладу у цілі плану або варіанти послуг.   |
| <input type="checkbox"/> Харчування / здоров'я / безпека.....                         | Пов'язане з чистотою та загальною безпекою житлових програм.   |
| <input type="checkbox"/> Особисте майно.....  | Занепокоєння щодо догляду за особистим майном.   |
| <input type="checkbox"/> Житло.....   | Допомога в отриманні чи утриманні житла.   |
| <input type="checkbox"/> Транспортування.....   | Проблеми з транспортуванням, пов'язані з агентствами.  |
| <input type="checkbox"/> Ділові операції, що не відповідають нормам..                 | Занепокоєння порушенням членом персоналу етики або адміністративних кодексів штату Вашингтон, наданням послуг поза сферою діяльності або порушенням безпеки.   |
| <input type="checkbox"/> Шахрайство / розтрата / зловживання.....                     | Занепокоєння щодо виставлення рахунків, фінансових послуг чи послуг для пацієнтів.   |
| <input type="checkbox"/> Інше: _____  | Будь-яке занепокоєння, яке не підпадає під категорії, зазначені вище.  |

**Особа та / або відділ, на який спрямована скарга**

## ФОРМА СКАРГИ

Ім'я та прізвище члена персоналу

чи

Відділ / підрозділ

## ФОРМА СКАРГИ

**Опишіть** характер скарги чи занепокоєння для усіх типів скарг. Опишіть проблему, вказуючи імена, дати та місце. Перелічіть усі факти, що є доказом у скарзі. Якщо потрібно додатковий простір, прикріпіть окремий аркуш паперу.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Яким був результат вашої розмови з членами персоналу програми щодо ваших проблем / скарг?**

---

---

---

**Якщо ви не поговорили з членами персоналу програми щодо ваших проблем / скарг, через яку причину?**

---

---

---

**Що б ви хотіли бачити для покращення ситуації?** Якщо потрібно додатковий простір, прикріпіть окремий аркуш паперу.

---

---

---

Ім'я та прізвище пацієнта чи представника, який подає форму

Номер телефону

Дата

\*ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ОФІСОМ\*

Одержав (ім'я та прізвище члена персоналу LLC):

Дата: