洛杉磯縣 – 精神健康局
病人權利事務所

當事人保密資料: 請參閱「福利和制度法則」**5328** 則

受益人/當事人申訴或上訴及授權表

您可以隨時提出申訴。您並且可以授權他人去代表您。

您有權向病人權利事務所提出上訴或者要求舉行州公平聽證，如果您的當地精神健康局:

1. 拒絕或限制您所要求的服務；
2. 減低、停止或取消您以前獲得批準的服務；
3. 拒絕爲您支付部份或全部的服務收費；
4. 更改或沒有適時地提供服務；
5. 沒有在時限內採取行動處理標準性的投訴、解決標準性的上訴或解決加速的上訴。

祇有 **Medi-Cal** (加州醫療保險) 的受益人和完成了精神健康計劃的上訴程序的當事人才可以要求舉行州公平聽證。

申訴人或上訴人

姓	首名	中間名簡寫	出生日期	Medi-Cal 號碼

地址	城市	州	郵區號碼	居住電話

受申訴者或受上訴者

機構/服務提供者/計劃名稱	電話

地址	城市	州	郵區號碼

受益人/當事人申訴或上訴及授權表
(續上)

您不會因爲提出申訴或上訴而遭受歧視或任何其它方式的懲罰。您的保密權會按照州和聯邦法律的規定而獲得保護。

請敘述您要申訴或上訴的事情:
(請提供任何支持性文件。如有必要，請附加紙張)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____
當事人/當事人代表人簽名 日期

_____
如果簽名者是當事人的代表人，請注明關係和得到授權。

請閱看第 3、4 頁的使用和透露健康資料之授權書並且在該授權書上簽名。該授權是容許洛杉磯縣精神健康局和病人權利事務所就您的申訴或上訴執行調查。

受益人/當事人申訴或上訴及授權表
(續上)

使用和透露健康資料之授權書:

您在此文件上簽名是代表您同意洛杉磯縣的精神健康局和病人權利事務所就您的申訴或上訴進行調查。此項授權是允許您的健康醫護提供者把下列您的健康資料透露與洛杉磯縣的精神健康局和病人權利事務所，以調查您提出的申訴或上訴：

- 您過去和現在的醫藥記錄；及
- 與您的申訴或上訴和/或權利遭受否決而有關的其它資料。

期滿：
此項授權於您的申訴或上訴獲得解決的日期時期滿。

有關此項授權您的權利：
如果您同意在此授權書簽名，您必須得到一份含您簽名的副本。

您並非一定要簽署此授權書，同時您拒絕簽名並不會影响您獲得服務的能力。

您可以隨時以書面通知洛杉磯縣精神健康局，您要撤銷或取消此項容許使用您的健康資料的授權。您一定要在該撤銷要求書上簽名並郵寄或送交到:

洛杉磯縣 – 精神健康局
病人權利事務所
County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

如果您撤銷此授權，我們仍然可以使用和分享以前通過此授權而得到您的健康資料。

受益人/當事人申訴/上訴及授權表
(續上)

同意授權:

通過我在此文件上簽名，我同意授權把上述我的健康資料透露或使用。我明白因爲此項授權而被透露或使用的健康資料不可以更進一步地作其它的使用或透露，除非我有提供另外的授權或此等其它的透露或使用乃爲法律所容許或規定。

_____ _____

當事人/當事人代表人簽名 日期

_____

如果簽名者是當事人的代表人，請注明關係和得到授權。

您有權得到免費的語言協助。

欲要協助，請致電與病人權利事務所:

非住院之申訴/上訴 – (213) 738-4949
住院之申訴/上訴 – (800) 700-9996 或 (213) 738-4888

- 您是否提供了所有此表格所要求的資料？
- 您是否填寫了您的電話號碼和地址，好讓我們能聯絡您？
- 您有沒有在此申訴或上訴書的第 2 頁和此頁的授權欄上簽名？

請郵寄到:

洛杉磯縣 – 精神健康局
病人權利事務所
County of Los Angeles – Department of Mental Health
Patients' Rights Office
550 South Vermont Avenue
Los Angeles, CA 90020

請別忘記貼上郵票