Oregon Department of Human Services

Отдел обслуживания лиц с нарушениями развития (Office of Developmental Disability Services)

Бланк подачи жалобы, Служба предоставления услуг лицам с нарушениями развития

Воспользуйтесь данной формой для подачи жалобы, если вы полагаете, что не получаете тех услуг, на которые вы имеете право, или если вы не согласны с решением, принятым в отношении предоставляемых вам услуг.

Пожалуйста, ответьте на вопросы, указанные ниже. Вы можете попросить кого-нибудь помочь вам в заполнении бланка жалобы. Например, это могут быть следующие лица: член семьи, друг, координатор услуг или личный агент, ваш поставщик услуг.

Фамилия, имя лица, получающего услуги: _____

Фамилия, имя координатора услуг или личного агента: _____

Дата рождения или номер страховки Medicaid: _____

Адрес:

Телефон: Дата:

Поясните детали возникшей проблемы: Как мы можем помочь вам разрешить данную проблему?

_____ _____

Имя истца *(если отличается)* Контактная информация

****Если необходимо, вы можете приложить дополнительные листы бумаги****

Письмо, подтверждающее получение вашей жалобы, будет выслано вам в течение 5 дней с момента ее получения. Ваша жалоба будет рассмотрена; возможно, от вас потребуется предоставить дополнительную информацию или подробности. После детального рассмотрения вы должны будете получить письменный ответ на вашу жалобу от общественной программы для лиц с нарушениями развития (CDDP) или посреднической службы, оказывающей поддержку, в течение 45 дней. Ответ может содержаться на дополнительных листах, приложенных к бланку вашей жалобы, или в отдельном письме.

Разрешение жалобы и исход дела: *(заполняется сотрудником CDDP, сотрудником посреднической службы, оказывающей поддержку, поставщиком услуг или сотрудником департамента DHS)*

Подпись руководителя

Дата отправки письма

Если вы не удовлетворены решением, принятым по вашей жалобе, вы можете потребовать от Отдела обслуживания лиц с нарушениями развития (Office of Developmental Disability Services - ODDS) проведения пересмотра первоначального решения.

Запрос на проведение пересмотра должен быть подан в ODDS в течение 30 дней с даты, указанной в письме, содержащем решение по вашей жалобе, которое было выслано вам общественной программой для лиц с нарушениями развития или посреднической службой, оказывающей поддержку.

Чтобы сделать запрос, отметьте галочкой данный квадрат:

☐ Я не удовлетворен(-а) решением, принятым по моей жалобе, и хотел(-а) бы, чтобы отдел ODDS провел пересмотр данного решения.

Вы можете попросить сотрудников общественной программы для лиц с нарушениями развития или посреднической службы, оказывающей поддержку выслать данный бланк в отдел ODDS, либо вы можете сами выслать его по адресу:

Department of Human Services
Office of Developmental Disability Services
Attention: ODDS Complaint Coordinator
500 Summer Street NE, E09
Salem OR 97301-1076
Факс: 503-373-7274

Отдел ODDS проведет собственное рассмотрение вашей жалобы, первоначального решения по ней и любой дополнительной информации, которую была предоставлена вами, либо общественной программой для лиц с нарушениями развития или посреднической службой, оказывающей поддержку. В результате пересмотра вашей жалобы, отдел ODDS может согласиться с первоначальным решением, не согласиться с ним, либо внести некоторые изменения в решение по вашей жалобе.

В течение 45 дней после получения отделом ODDS вашего запроса на пересмотр первоначального решения по вашей жалобе вы получите ответное письмо с уведомлением о получении запроса.