Oregon Department of Human Services

Văn Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật Phát Triển
(Office of Developmental Disability Services)

Mẫu Đơn Khiếu Nại về các Dịch Vụ về Khuyết Tật Phát Triển

Sử dụng mẫu này để nộp đơn khiếu nại khi quý vị không nhận được những dịch vụ mà quý vị nghĩ rằng mình có thể nhận được, hoặc khi có quyết định nào được đưa ra về một dịch vụ mà quý vị đang nhận được và quý vị nghĩ rằng đó không phải là quyết định đúng đắn dành cho mình.

Vui lòng trả lời các câu hỏi bên dưới. Quý vị có thể nhờ một ai đó giúp quý vị hoàn tất Mẫu đơn khiếu nại này. Những người có thể giúp cho quý vị, ví dụ như: một thành viên trong gia đình, một người bạn, Nhân viên Điều phối Dịch vụ (Service Coordinator) hoặc Đại lý Cá nhân (Personal Agent), hoặc nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Tên của người nhận được các dịch vụ: _____

Tên của Nhân Viên Điều Phối Dịch Vụ hoặc Đại lý Cá Nhân: _____

Ngày sinh (DOB) hoặc Mã số Medicaid: _____

Địa Chỉ:

Số Điện Thoại: Ngày:

Quý vị gặp phải vấn đề gì? Chúng tôi có thể giúp quý vị giải quyết vấn đề này như thế nào?

_____ _____

Tên của Người khiếu nại *(nếu khác với quý vị)* Thông tin liên lạc

****Quý vị có thể đính kèm theo các giấy tờ bổ sung nếu cần thiết****

Quý vị sẽ nhận được một thư xác nhận rằng chúng tôi đã nhận được đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 5 ngày kể từ ngày nhận được đơn khiếu nại của quý vị. Nội dung khiếu nại của quý vị sẽ được chúng tôi điều tra và chúng tôi có thể sẽ yêu cầu quý vị cung cấp thêm các thông tin hoặc chi tiết bổ sung. Sau quá trình điều tra, quý vị sẽ nhận một thư trả lời đơn khiếu nại của quý vị trong vòng 45 ngày kể từ ngày Chương Trình Khuyết Tật về Phát Triển trong Cộng Đồng (Community Developmental Disabilities Program, hay CDDP) hoặc Bộ phận Môi giới Dịch vụ Hỗ trợ (Support Service Brokerage) nhận được đơn khiếu nại của quý vị. Phần hồi đáp có thể được ghi trong Mẫu đơn Khiếu nại này, với các trang đính kèm nếu cần hoặc bằng thư riêng.

Kết quả giải quyết quyết nại:
(Do CDDP, Bộ phận Môi giới, nhà cung cấp dịch vụ hoặc Sở Dịch Vụ Nhân Sinh (DHS) hoàn tất)

Chữ ký của Giám sát viên:

Ngày thư được gửi

Nếu quý vị không cảm thấy hài lòng với kết quả giải quyết khiếu nại của mình, quý vị có thể yêu cầu sự xét duyệt lại quyết định này bởi Văn Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật Phát Triển (ODDS).

Quý vị cần phải yêu cầu Văn Phòng ODDS xét duyệt lại trong vòng 30 ngày kể từ ngày được xác định trên thư giải quyết khiếu nại của Chương Trình Khuyết Tật về Phát Triển Trong Cộng Đồng hoặc Bộ Phận Môi Giới Dịch Vụ Hỗ Trợ.

Quý vị có thể yêu cầu việc này bằng cách đánh dấu vào ô chọn này:

☐ Tôi không hài lòng với phần giải quyết cho khiếu nại của tôi và muốn Văn Phòng ODDS xét duyệt lại.

Quý vị có thể yêu cầu Nhân viên của Văn Phòng Chương Trình Khuyết Tật Phát Triển Trong Cộng Đồng hoặc Nhân viên của Bộ Phận Môi Giới Dịch Vụ Hỗ Trợ gửi mẫu đơn này đến cho Văn Phòng ODDS hoặc quý vị có thể gửi mẫu đơn này đến:

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

Văn Phòng ODDS sẽ xét duyệt lại yêu cầu xét duyệt của quý vị, về phần thư phúc đáp cung cấp đến quý vị và bất kỳ thông tin bổ sung nào được quý vị hoặc Văn Phòng CDDP hoặc Bộ phận Môi Giới cung cấp. Phần phúc đáp này sẽ có thể đồng ý hoặc không đồng ý với cách giải quyết ban đầu, hoặc sẽ đề nghị một số chỉnh sửa với cách giải quyết này.

Quý vị sẽ nhận được thư phúc đáp từ Văn Phòng Dịch Vụ Khuyết Tật Phát Triển trong vòng 45 ngày kể từ ngày yêu cầu xét duyệt lại của quý vị được nhận bởi Văn Phòng ODDS.