



Tiểu Bang Louisiana

Sở Y Tế Louisiana
(Louisiana Department of Health)
Health Standards Section

Biểu Mẫu Thông Tin Khiếu Nại

**THỦ TỤC NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI VỀ MỘT CƠ SỞ ĐƯỢC CẤP PHÉP BỞI SỞ Y TẾ
LOUISIANA (LOUISIANA DEPARTMENT OF HEALTH)/HEALTH STANDARDS SECTION:**

Vui lòng hoàn thành toàn bộ biểu mẫu khiếu nại này. Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết về khiếu nại của quý vị (tức là chính xác những gì đã xảy ra). Nếu khiếu nại liên quan đến một sự cố với nhân viên hoặc phòng ban của cơ sở/cơ quan, vui lòng cho biết tên của nhân viên có liên quan và chức danh của họ (ví dụ: R.N., LPN, phụ tá, v.v.), ngày xảy ra sự việc, và tên của phòng ban cụ thể có liên quan (ví dụ: khoa X-quang, khoa phẫu thuật, nhà bếp, phòng ăn, v.v.).

Tất cả các biểu mẫu khiếu nại mà Health Standards Section nhận được đều được xem xét và đưa ra quyết định về quá trình hành động. Thẩm quyền của Sở có trong R.S. 40:2009.14, “Sở phải xem xét báo cáo và xác định liệu có cơ sở hợp lý để điều tra hay không. Báo cáo sẽ không được điều tra nếu, theo đánh giá của văn phòng, báo cáo đó không được thực hiện một cách thiện chí, đã cũ, hoặc không đáng kể, hoặc nếu báo cáo không thuộc thẩm quyền điều tra của văn phòng.” Sau khi báo cáo khiếu nại được xem xét, người khiếu nại sẽ nhận được thông báo bằng văn bản về quyết định của Sở.

Nếu khiếu nại đã được gửi trực tiếp đến cơ sở/cơ quan, vui lòng cho phép cơ sở/cơ quan có khoảng 30 ngày để điều tra khiếu nại và đưa ra phản hồi về những phát hiện của họ. Sau khi cho cơ sở khoảng 30 ngày để trả lời, nếu không nhận được phản hồi bằng văn bản, hãy liên hệ với văn phòng của chúng tôi để nộp đơn khiếu nại. Chúng tôi yêu cầu đính kèm với biểu mẫu khiếu nại một bản sao của bức thư đã được gửi đến cơ sở/cơ quan.

- | | |
|--|----------------|
| • Ngục Đãi & Khiếu Nại tại Viện Dưỡng Lão | 1-888-810-1819 |
| • Sức Khỏe Tại Nhà & Chăm Sóc Cuối Đời | 1-800-327-3419 |
| • Cơ Sở Chăm Sóc Trung Gian cho Người Bị
Khuyết Tật Phát Triển (ICF/DD) | 1-877-343-5179 |
| • Các Dịch Vụ Tại Nhà & Cộng Đồng | 1-800-660-0488 |
| • Quản Lý Trường Hợp | 1-800-660-0488 |
| • Bệnh Viện, Trung Tâm Phẫu Thuật Di Động,
Trung Tâm Lọc Máu & Cơ Sở Phá Thai | 1-866-280-7737 |

- Chăm Sóc Sức Khỏe Ban Ngày cho Người Lớn 1-888-810-1819
- Chăm Sóc Ban Ngày cho Người Lớn 1-800-660-0488
- Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc tại nơi
Cư Trú cho Người Lớn 1-225-342-6298
- Khác 1-225-342-0138

Biểu Mẫu Khiếu Nại

(Vui lòng hoàn thành tất cả các phần trong khả năng tốt nhất của quý vị)

Thông Tin về Người Khiếu Nại				
Ngày Hoàn Thành Biểu Mẫu:		Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân có Tên trong Khiếu Nại này:		
☐ Ấn danh (Đánh dấu nếu quý vị muốn ấn danh và BỎ QUA đến Thông Tin về Cơ Sở/Cơ Quan bên dưới. <i>Vui lòng lưu ý: Nếu quý vị chọn ấn danh và khiếu nại này cần được điều tra, thì quý vị sẽ không được liên lạc hay nhận được bất kỳ kết quả tiếp theo nào.</i>		Tên của Người Nộp Đơn Khiếu Nại:		
		Nếu quý vị là nhân viên tại Cơ Sở/Cơ Quan có tên trong Khiếu Nại, thì tình trạng hiện tại của quý vị là gì? ☐ Nhân Viên Hiện Tại ☐ Nhân Viên Cựu		
Địa Chỉ Đường Phố hoặc Hộp Thư của Người Khiếu Nại:				
Thành Phố:				
Tiểu Bang:				
Mã Zip:				
Điện Thoại	Nhà:	Nơi Làm Việc:		
	Di Động:	Khác:		
Địa Chỉ Email:				
Thông Tin về Cơ Sở/Cơ Quan				
Tên của Cơ Sở/Cơ Quan Liên Quan Chính:				
Địa Chỉ Đường Phố của Cơ Sở/Cơ Quan:				
Thành Phố:				
Mã Zip:				
Nếu có liên quan đến nhiều hơn một cơ sở/cơ quan, vui lòng liệt kê các cơ sở/cơ quan bổ sung cùng với địa chỉ và thành phố:				
Thông Tin về Bệnh Nhân có Liên Quan đến Khiếu Nại				
Họ Tên của Bệnh Nhân:				
Tuổi của Bệnh Nhân:				
Ngày Sinh của Bệnh Nhân:				
Chi Tiết về Sự Việc:				
Ngày Nhập Viện của Bệnh Nhân:				
Ngày Xuất Viện của Bệnh Nhân:				
(Các) Lý Do Nhập Viện:				
(Các) Ngày Xảy Ra (Các) Sự Việc:				
Địa Điểm Nơi (Các) Sự Việc Xảy Ra (VD: bộ phận, phòng, phòng ban, khu vực, địa điểm):				
Tên của Các Nhân Viên Có Liên Quan Đến (Các) Sự Việc (nếu biết):				
Các Lĩnh Vực Quan Ngại của Sự Việc (đánh dấu ở đây và mô tả ở phần tiếp theo):				
☐ Tử vong	☐ Ngược đãi/Bỏ mặc	☐ Kiểm giữ/Tách biệt	☐ Các dịch vụ cấp cứu	☐ Khác

Chi tiết về sự kiện bao gồm tên, ngày tháng, chức danh của những người có liên quan, khu vực của cơ sở, ca làm việc, số phòng, v.v. (Hãy cung cấp càng nhiều thông tin càng tốt – quý vị có thể đính kèm thêm các trang bổ sung nếu cần):

Bằng văn bản này, tôi cho phép Health Standards Section chuyển tiếp khiếu nại này đến cơ quan thích hợp, nếu khiếu nại này không thuộc thẩm quyền của Health Standards Section:

Chữ Ký của Người Nộp Đơn Khiếu Nại

Ngày

Quý vị có từng báo cáo sự kiện này cho bất cứ ai tại cơ sở không? ☐ Có ☐ Không	
Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin sau: Tên và Chức Danh của người mà quý vị đã báo cáo: Ngày báo cáo: Phương Pháp Báo Cáo (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp): ☐ Bằng văn bản ☐ Qua điện thoại ☐ Trực tiếp ☐ Email ☐ Khác (Hãy mô tả):	
Nếu Không, thì quý vị có cân nhắc đến việc nộp đơn khiếu nại với cơ sở/cơ quan này không? ☐ Có ☐ Không Nếu Không, vui lòng cung cấp lý do vì sao quý vị không nộp đơn khiếu nại với cơ sở/cơ quan này:	
Quý vị có nhận được bất kỳ thông tin liên lạc nào từ cơ sở/cơ quan về những quan ngại này không? Nếu vậy, phương pháp được sử dụng để liên lạc với quý vị là (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp): ☐ Bằng văn bản ☐ Qua điện thoại ☐ Trực tiếp ☐ Email ☐ Khác:	
*****Nếu có thể, vui lòng gửi bản sao thông báo của cơ sở/cơ quan về khiếu nại này*****	
Nếu khiếu nại của quý vị liên quan đến:	
Vấn Đề về Hóa Đơn có liên quan đến bảo hiểm tư nhân:	Vui lòng chuyển khiếu nại này đến đại diện bảo hiểm cá nhân của quý vị hoặc Sở Bảo Hiểm Louisiana (Louisiana Department of Insurance) 800-259-5300 hoặc www.ldi.la.gov <u>Sở Y Tế Louisiana/Health Standards Section không can thiệp vào các vấn đề về hóa đơn.</u>
Vấn Đề về Hóa Đơn có liên quan đến Medicaid:	Đường Dây Nóng về Medicaid của Louisiana theo số 800-488-2917 <u>Sở Y Tế Louisiana/Health Standards Section không can thiệp vào các vấn đề về hóa đơn.</u>
Vấn Đề về Hóa Đơn có liên quan đến Medicare:	1-800-Medicare hoặc www.medicare.gov <u>Sở Y Tế Louisiana/Health Standards Section không can thiệp vào các vấn đề về hóa đơn.</u>
Việc Hành Nghề của Bác Sĩ:	Vui lòng chuyển khiếu nại của quý vị đến Hội Đồng Giám Định Y Tế Tiểu Bang Louisiana (Louisiana State Board of Medical Examiners) 630 Camp Street New Orleans, LA 70130 Điện Thoại: (504) 568-6820; Fax: (504) 568-5754 http://www.lsbme.la.gov/ <u>Sở Y Tế Louisiana/Health Standards Section không có thẩm quyền về bác sĩ.</u>

Vui lòng gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện đến:

**Louisiana Department of Health, Health Standards Section
 Complaint Program Desk
 P.O. Box 3767
 Baton Rouge, LA 70821**

Quý vị cũng có thể gửi biểu mẫu này qua fax đến:
(225) 342-5073

Quý vị cũng có thể gửi biểu mẫu này qua email đến:

HSSComplaints@LA.GOV