

مجتمع مقاطعة أوكلاند
سلطة الصحة العقلية

نموذج شكوى حقوق المتلقي/المتلقية

For Office Use Only

Case #:

Category:

بالنسخة الأخيرة، ووجه/ووجهي النموذج إلي مكتب أحتفظ/ أحتفظي: الحقوق علي العنوان التالي Oakland Community Health Network 5505 Corporate Dr. Troy, MI 48098	إذا تعتقد/تعتقدي أن حقوقك انتهكت، يجوز لك أو من ينوب/تنوب عنك أن يستعمل/تستعمل هذا النموذج لتقديم شكوى حقوق.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

أسم المتلقي/المتلقية:	أسم المشتكي/المشتكية:
العنوان:	العنوان:
رقم الهاتف:	رقم الهاتف:
متى وقع الأمر موضع الشكوى؟	أين وقع الأمر موضع الشكوى؟

(1) صف/صفي ما حدث: (إذا ضروريا أرفق/أرفقي صفحات إضافية)

(2) ما هي الحقوق التي تشعر/تشعرين أنها انتهكت؟

(3) ما هو الحل الذي تنشده/تنشديه؟

التاريخ

توقيع من ساعد المشتكي/المشتكية

التاريخ

توقيع المشتكي/المشتكية