



CEDARS-SINAI®

فرم شکایت حقوق مدنی عمومی

برای درخواست شکایت حقوق مدنی عمومی بنام این فرم تکمیل کنید و آن را به دفتر حقوق مدنی
CSHS Corporate Integrity به آدرس 8700 Beverly Blvd, Los Angeles, CA 90048
پست کنید یا به 866-7871 (323) بکال کنید.

پس از تکمیل فرم شکایت حقوق مدنی عمومی، فرم را در جعبه پستی خود نام نهاده و به همراه ارسال
می کنید تا به شما اطلاع می دهد. به شما اطلاع می دهد که شکایت و پرونده بررسی
داخلی شده است.

بخش 1 – فرد تکمیل کننده این شکایت

نام: _____

آدرس پستی: _____

عنوان: _____

شماره: _____ ایالت: _____ زی پ: _____

شماره هاتل: _____

موبایل (_____ - _____) منزل (_____ - _____)

محل کار (_____ - _____) داخلی: _____

آدرس ایمیل: _____

طرق اقلیبول تماس: _____

چاپ درشت _____ ویر صوتی _____ TTY _____

زبان: _____ بلغیم شکایت نام نهاد است: _____

بخش 2 – تکمیل توسط شخص ثالث

آیا این فریم شکل از طرف خودتان تکمیل می‌کنید؟ بله ___ خیر ___

گر پلن بخش مبه‌لین سوال بله " می‌بندد، منتهی مَب بخش بی‌نفر م‌ب‌وی‌د.

در غیر این صورت، لطفاً نام فردی که از جانب اوت‌ک‌ه‌ل می‌ک‌ه‌د و رابطه او با خودتان را بنویسید:

نام فردی که از جانب او این کلویت تکمیل می‌کنید:

رابطه شما با ب‌ف‌و‌دی که در بالا نام‌ن‌ب‌ر‌دی:

لطفاً شرح دهید که چرا شما این‌ف‌ر‌م‌ش‌ک‌ل‌ی‌ت‌ن‌ا‌م‌ه را برای ب‌ف‌ن‌د تکمیل می‌کنید:

آیا از سوی فردی که در بالا نام برده‌اید تکمیل این فریم‌ک‌ا‌ی‌ت‌ن‌ا‌م‌ه رداری؟

بله ___ خیر ___

گر غیر، لطفاً توضیح دهید چرا:

اگر شما از جانب فردی گ‌ر‌ش‌ک‌ل‌ی‌ت می‌کنید، ممکن است بتوانی به شما پلن‌خ‌دی‌ها اطلاعات خاصی که ح‌ر‌م‌خصوصی بی‌م‌ار ر‌ل‌ت‌ح‌ب‌ل‌ی‌ش‌ع‌ا‌ع قرار می‌دهد در اختیار شما قرار دهم.

بخش 3 – جزئیات شکایت

طبقاً شرکت حقوق منی عمومی به CSHS رایه داده‌ی؟

بله _____ خیر _____

گرچه بله نیست، شرکت ربه چه اداره‌ی بخش‌ی‌گزارش‌کری؟ در صورت امکان لطفاً نامی را ذکر کنید:

آیا این شکایت را به هیئت آژانس فدرال، ایالتی، یا اولیت محلی یا سایر آژانس‌ها رایه داده‌ی؟

بله _____ خیر _____

گرچه بله نیست، لطفاً مشخص کنید:

آیا این شکایت را در دادگاه هم طرح نموده‌ی؟

بله _____ خیر _____

گر پاسخ بله نیست، لطفاً کنس‌خه از فرم شرکت دادگاه را (در ضمیمه) ارجاع کنید.

[توجه: اطلاعات بالا در زمینه پیگیری‌های اداری سه‌ماهه‌ی خود خواهد بود و به کمک می‌کنند تا مطمئن‌شوی که کمیسیون شکایت با طرف‌های مرتبط کار می‌کند.]

بخش 4 - نوع شکایت

مبنای ادعا بر انتخاب (عضویت) تمام موارد مربوط را علامت زنی کنید:

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> کمبود | <input type="checkbox"/> نژاد |
| <input type="checkbox"/> سن | <input type="checkbox"/> رنگ پوست |
| <input type="checkbox"/> جنسیت | <input type="checkbox"/> ملیت |
| | <input type="checkbox"/> مورد دیگری (مطلقاً تعیین کنید): |
-

نام بخش، اداره یا عضو از CSHS که شکایت علیه آن است، در صورت اطلاع:

بخش، اداره یا عضو CSHS:

عضو یا کواکمان CSHS باید در بیان مسئله شکایت مطلع باشد (در صورت اطلاع):

عنوان (در صورت اطلاع):

اگر این شکایت به مقابله با تبعیض است، و شما شاهد یا قربانی هستید، لطفاً نام خود را می‌دهید، نام سازمان را در تلفن جابجایی کنید:

تاریخ و نام مشتری خرید را در کدهای می‌توانید دقیقاً تعیین کنید. اگر مشتری واقعی به خاطر نمی‌آورد، سعی کنید صورت امکان بگویید مربوط به کدام بخش بهارستان یا خدمات خارج از بیمارستان می‌باشد:

محل رویداد: اگر در یکی از کانتاک‌های محل در بیمارستان بودید، لطفاً سعی کنید محل رویداد را به خاطر بی‌آوری یا اگر رویداد در خارج از محدوده Cedars-Sinai یا در مطب خصوصی پزشک شما اتفاق افتاد، لطفاً آن را نیز ذکر کنید:

لطفاً اگر درخولیت خاصی یا خولیتیه ای در ارتباط با کولت خود در ذوقان دایده، آن ربا ما در هان، گزایده.

بخش 5 - امضای فرد تکمیل کننده شکایت نامه

امضا: _____ تاوخ: _____