



CEDARS-SINAI®

Анкета для подачи жалобы о нарушении гражданских прав

Для подачи жалобы о нарушении гражданских прав заполните следующие разделы анкеты и направьте ее в Офис программы корпоративной этики по адресу: CSHS Corporate Integrity Program Office, 8700 Beverly Blvd, Los Angeles, CA 90048 или по факсу (323) 866-7871.

После получения анкеты в Офисе программы корпоративной этики мы направим Вам уведомление в виде письма или в другой форме, подтверждающее, что жалоба была получена и находится на рассмотрении.

Раздел I - Лицо, подающее жалобу

Имя и фамилия: _____

Почтовый адрес:

Улица: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефоны:

Мобильный () _____ - _____ Домашний () _____ - _____

Рабочий () _____ - _____ доб.(ext.): _____

Адрес электронной почты: _____

Доступные форматы:

_____ Крупный шрифт _____ Аудиозапись _____ ТTY

_____ Другие форматы_(укажите): _____

Язык, если он отличается от языка жалобы _____

Раздел II - Подача третьей стороной

Вы подаете эту жалобу от своего имени? Да____ Нет____

Если Вы ответили «да», перейдите в раздел III ниже.

Если «нет», то укажите имя человека, для которого Вы подаете жалобу, и кем он Вам приходится:

Имя и фамилия человека, для которого Вы подаете жалобу:

Кем вам приходится это лицо:

Объясните, почему Вы подаете жалобу для лица, названного выше:

Есть ли у Вас разрешение вышеназванного лица на подачу данной жалобы от его имени?

Да ____ Нет ____

Если нет, объясните почему:

Если Вы подаете жалобу от имени другого человека, то мы не сможем предоставить Вам ответ или сообщить определенные сведения, если это будет нарушать правила о конфиденциальности информации пациента.

Раздел III - Содержание жалобы

Подávalи ли Вы ранее жалобу о нарушении гражданских прав в CSHS?

Да ____ Нет ____

Если да, то в какой отдел? Просьба указать конкретное название, если таковое известно:

Обращались ли Вы с данной жалобой в какие-либо федеральные, штатные или местные органы власти или какие-либо другие органы?

Да ____ Нет ____

Если да, то укажите, в какие именно:

Подávalи ли Вы иск в суд относительно этой жалобы?

Да ____ Нет ____

Если да, то представьте (приложите) копию формы судебного иска.

[Примечание: вышеуказанная информация необходима в целях административного контроля, а также, чтобы удостовериться в том, что мы работаем совместно с соответствующими сторонами при производстве последующих действий по данной жалобе.]



Раздел IV - Содержание жалобы

Основания для предполагаемой дискриминации(отметьте все, что подходит):

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Раса | <input type="checkbox"/> Инвалидность |
| <input type="checkbox"/> Цвет кожи | <input type="checkbox"/> Возраст |
| <input type="checkbox"/> Национальность | <input type="checkbox"/> Пол |
| <input type="checkbox"/> Другое (укажите): _____ | |

Наименование отдела, департамента или физического лица CSHS, против которого подана жалоба (если известно):

Отдел, департамент или физическое лицо CSHS:

Сотрудник CSHS, которому могли бы быть знакомы обстоятельства этой жалобы (если известно):

_____ Должность (если известно): _____

Если жалоба касается медицинского обслуживания в больнице, и Вы знаете свой номер медицинской карты или номер медицинской карты пациента, укажите его здесь:

Дата события: Укажите дату с максимальной точностью. Если Вы не помните точной даты, то постарайтесь по возможности указать, к какой именно госпитализации или амбулаторному обслуживанию относится это событие:

Место события: Если во время Вашего визита в больницу, Вы находились более чем в одной палате или помещении, то попробуйте вспомнить, где конкретно произошло данное событие. Если событие произошло за пределами стационара Сидарс-Синай или в офисе частного врача, также укажите это здесь:

Здесь Вы можете указать любые особые запросы или решения, которые Вы ожидаете по Вашей жалобе.

Раздел V - Подпись лица, подающего жалобу

Подпись: _____ Дата: _____