



ОКРУГ ЙОЛО (YOLO)

Служба Здравоохранения и
Социальных Услуг

Охрана психического здоровья

ФОРМА ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ

Для служебного
пользования:

MR # _____

ФОРМА ЗАПОЛНЯЕТСЯ КЛИЕНТОМ И НАПРАВЛЯЕТСЯ В ОТДЕЛ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА

137 N. Cottonwood St., Woodland, CA 95695, 530-666-8788, Бесплатный номер 888-965-6647,
телекоммуникационное устройство для глухих (TDD) 800-735-2929, Факс 530-666-8637

Имя получателя: _____ Дата: _____ Время: _____
(заполнить печатными буквами или четкой прописью)

Дата рождения: _____ Какой язык предпочитаете: _____

Домашний адрес: _____ Номер соц. обеспечения: XXX-XX- _____

Город: _____ Почт. индекс: _____ Телефон: _____

Используете уполномоченного представителя: Нет Да Если да, укажите имя:

Телефон: _____

Клиника или поставщик медицинских услуг: _____

ожалуйста, расскажите нам о своей жалобе: _____

Каким бы вы хотели видеть разрешение вопроса? _____

Подпись получателя: _____ Дата: _____