



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:

Опишите Вашу жалобу, включая конкретные детали, такие как имена, даты, время, место, свидетелей и любую другую информацию, которая поможет в нашем расследовании Вашей жалобы. При необходимости используйте дополнительные листы бумаги и приложите их к данной анкете. Вы можете включить любую другую документацию, которая, по Вашему мнению, может быть полезна при рассмотрении жалобы.

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

Раздел V - Подпись лица, подающего жалобу

Подпись: _____ Дата: _____