DETROIT-WAYNE COUNTY COMMUNITY MENTAL HEALTH AGENCY
نموذج حق مستلقي الخدمة في الشكوى

هذه البيانات تملاء بواسطة مكتب الشكاوى	
رقم الشكوى	فئة الشكوى

تعليمات:
إذا كان بإعتقادك أن أحد حقوقك قد أنتهك، فباستاعطتك (أو باستطاعة أي شخص أخر ينوب عنك) أن تستخدم هذا النموذج في تقديم شكواك. سيقوم مسؤول في المؤسسة بمراجعة الشكوى، وقد يقوم بإجراء التحقيقات اللازمة. أحتفظ بنسخة من هذه الشكوي في ملفاتك وأرسل الأصل إلى العنوان التالي:

DETROIT-WAYNE COUNTY COMMUNITY MENTAL HEALTH AGENCY
OFFICE OF RECIPIENT RIGHTS
640 TEMPLE – 2ND FLOOR
DETROIT, MI 48201

أسم مقدم الشكوى:	إسم الشخص الذي يتلقى الخدمات إذا كان يختلف عن إسم مقدم الشكوى:
عنوان مقدم الشكوى:	عنوان متلقى الخدمة:
تليفون مقدم الشكوى:	تليفون متلقى الخدمة:
إين حدث ذلك:	متى حدث ذلك (التاريخ والوقت):

ما هو الحق الذي تم أنتهاكه؟

أوصف ما حدث:

ما هو التغيير الذي تراه مناسباً من أجل تصحيح المشكلة؟

توقيع مقدم الشكوى	التاريخ:	إسم مساعد مقدم الشكوى (إن وجد)

DCH-0030 2/97 REPLACES DCH-2500
CMH REVISED 2500B (08/06)

AUTHORITY: P. A. 258 OF 1975 AS AMENDED BY P.A. 290 OF 1995

التوزيع: الأصل لمكتب شكاوى متلقى الخدمة بداترويت واين

مقدم الشكوى يحتفظ بنسخة