

## MODULO DI RECLAMO PER CASA DI CURA

**INFORMAZIONI DI CONTATTO**

Fornire le informazioni di contatto consentirà al personale del dipartimento di contattarla nel caso in cui siano necessarie ulteriori informazioni. La nostra politica prevede la riservatezza di ogni nome. Potrebbe essere necessario comunicare alla struttura la natura del reclamo, il nome del paziente o il suo nome.

**Si prega di apporre una "X" alle domande "No/Sì".**

DESIDERA RIMANERE ANONIMO? (vedere la spiegazione qui sopra)

No

Sì

Si prega di fornire le informazioni di contatto per il dipartimento.

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Codice postale: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico diurno: \_\_\_\_\_

Numero di telefono alternativo: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Che rapporto ha con il paziente? \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL PAZIENTE (obbligatorie)**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Ubicazione attuale: Casa di cura  Ospedale  Altro (fornire maggiori dettagli) \_\_\_\_\_

Data di dimissione dalla casa di cura, se applicabile: \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

Nome della casa di cura: \_\_\_\_\_

Indirizzo della casa di cura: \_\_\_\_\_

Città della casa di cura: \_\_\_\_\_ Numero di stanza \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL RECLAMO**

Qual è la data dell'accaduto? \_\_\_\_\_

Sono state coinvolte le forze dell'ordine?

No

Sì

Il piano di cura è stato seguito?

No

Sì

Ha presentato un reclamo alla struttura?

No

Sì

Il problema è stato risolto?

No

Sì

Sono coinvolti altri pazienti nella sua segnalazione?

No

Sì

Si prega di descrivere brevemente il reclamo e di includere gli eventuali interventi del personale, degli altri residenti e di eventuali testimoni:

## **ISTRUZIONI**

Il New York State Department of Health esamina i reclami relativi all'assistenza dei pazienti e ai servizi forniti in una casa di cura che hanno interessato direttamente o indirettamente il paziente. Per presentare un reclamo sui servizi ricevuti, compilare il presente modulo e inviarlo a:

**NYSDOH  
DRS/SNHCP  
Mailstop: CA/LTC  
Empire State Plaza  
Albany, NY 12237**

**oppure**

**Fax: (518) 408-1157**

**oppure**

**E-mail: [nhintake@health.state.ny.us](mailto:nhintake@health.state.ny.us)**

I reclami saranno accettati se l'accaduto si è verificato entro l'anno precedente alla presentazione del reclamo al NYS Department of Health.

Al fine di elaborare il suo reclamo in modo tempestivo, la preghiamo di:

- digitare o stampare in modo chiaro;
- compilare il modulo in tutte le sue parti, comprese le informazioni di contatto;
- includere i nomi e i numeri di telefono di coloro che hanno già presentato un reclamo;
- allegare copie di materiale cartaceo a sostegno della segnalazione **(non gli originali per favore)**.

Il Department of Health (DOH) ha l'autorizzazione da parte dei centri per i servizi Medicare e Medicaid a indagare sui reclami delle case di cura e sugli eventi che hanno avuto, o potrebbero avere, un effetto negativo sui pazienti. Il DOH ha il compito di garantire che le strutture siano conformi ai requisiti normativi e di indagare sui casi di abuso, negligenza o maltrattamento.

I tipi di reclami più comuni includono: incidenti, cambiamenti nelle condizioni mediche che non sono stati gestiti in modo tempestivo, problemi di ricovero e dimissione e problemi di pulizia e manutenzione.

Il personale specializzato esaminerà le sue segnalazioni e determinerà il modo in cui il dipartimento intende procedere.

In caso di domande, si prega di contattare il Programma centralizzato di raccolta dei reclami al numero 1-888-201-4563, dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 16:45, esclusi i giorni festivi.