



귀하의 불만 사항을 간략하게 설명하고 직원, 기타 거주자 및 증인의 개입 여부를 포함하십시오.

## 지침

New York State Department of Health는 거주자에게 직간접적으로 영향을 미친 요양원에서 제공하는 거주자 간병 및 서비스와 관련된 불만 사항을 검토합니다. 제공된 서비스에 대한 불만을 제기하려면 이 양식을 작성하여 다음 주소로 보내주십시오.

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

또는

**팩스: (518) 408-1157**

또는

**이메일: [nhintake@health.state.ny.us](mailto:nhintake@health.state.ny.us)**

NYS Department of Health에 귀하의 불만 사항을 제출한 지 1년 이내에 동일한 불만이 제기되면 해당 불만 사항이 접수됩니다.

불만 사항이 시의적절하게 처리되도록 하려면 다음을 따르시기 바랍니다.

- 컴퓨터로 출력하거나 정자체로 명확히 쓰십시오
- 귀하의 연락처를 포함한 양식 전체를 작성합니다
- 불만 사항에 대하여 이전에 이의를 제기한 사람의 이름과 전화 번호를 포함시킵니다
- 불만 사항을 입증하는 서면 자료 사본을 첨부하십시오. **(원본은 안됩니다)**

Department of Health는 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터로부터 거주자에게 부정적인 결과를 초래하거나 초래할 수 있는 요양원 불만 사항과 발생 사건을 조사할 권한을 위임받았습니다. 시설이 규제 요건을 준수하는지 확인하고 권한의 남용, 방치 또는 학대가 발생하는지 조사하는 것이 DOH의 역할입니다.

가장 흔한 유형의 불만 사항에는 사고, 제때 돌보지 않은 질병의 변화, 입소 및 퇴소 문제, 가사 및 유지 관리 문제가 포함됩니다.

전문가가 귀하의 불만 사항을 검토하고 관할 당국에서 처리 방법을 결정할 것입니다.

질문이 있으시면 공휴일을 제외한 월요일~금요일 오전 8시 30분~오후 4시 45분에 1-888-201-4563번으로 Centralized Complaint Intake Program(불만 접수 프로그램)에 문의하십시오.