

ФОРМА ЖАЛОБЫ НА ДОМ ПРЕСТАРЕЛЫХ

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ

Предоставление информации о вас позволит сотрудникам New York State Department of Health (NYS DOH) связаться с вами, если потребуется дополнительная информация. Наша политика заключается в сохранении конфиденциальности вашего имени. Может возникнуть необходимость сообщить сотрудникам учреждения суть вашей жалобы, имя жильца или ваше имя.

Отметьте «X» в вопросах с ответами «Да» и «Нет».

ЖЕЛАЕТЕ ЛИ ВЫ ОСТАТЬСЯ АНОНИМНЫМИ? (Ознакомьтесь с описанием выше) Нет Да

Укажите контактную информацию для сотрудников DOH.

Имя: _____ Фамилия: _____ Дата: _____

Адрес: _____

Город: _____ Почтовый индекс: _____ Штат: _____

Телефон для связи в дневное время: _____

Дополнительный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Каким образом вы связаны с жильцом? _____

ИНФОРМАЦИЯ О ЖИЛЬЦЕ (обязательно к заполнению)

Имя: _____ Фамилия: _____

Текущее местонахождение: Дом престарелых Больница Другое (объясните) _____

Дата выписки из дома престарелых, если применимо: _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ

Название дома престарелых: _____

Адрес дома престарелых: _____

Город, в котором находится дом престарелых: _____ Номер комнаты: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ

Укажите дату, когда у вас возникла проблема: _____

Были ли привлечены правоохранительные органы? Нет Да

Соблюдался ли план ухода? Нет Да

Подавали ли вы жалобу в учреждение? Нет Да

Была ли решена ваша проблема? Нет Да

Затрагивает ли ваша проблема других жителей? Нет Да

Кратко опишите вашу жалобу и укажите, кто из персонала, других жильцов и свидетелей был задействован:

ИНСТРУКЦИИ

The New York State Department of Health рассматривает жалобы, связанные с уходом за жильцом и услугами, предоставляемыми в доме престарелых, которые прямо либо косвенно повлияли на его состояние. Чтобы подать жалобу на предоставленные услуги, заполните эту форму и отправьте по адресу:

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

или

На номер факса: (518) 408-1157

или

На адрес электронной почты: nhintake@health.state.ny.us

Жалобы принимаются, если происшествие произошло в течение последнего года с момента подачи вашей жалобы в The New York State Department of Health.

Для своевременного рассмотрения вашей жалобы:

- Пишите разборчиво печатными буквами.
- Заполните форму полностью, включая вашу контактную информацию.
- Укажите имена и номера телефонов тех, на кого вы уже подавали жалобу.
- Приложите копии документов, подтверждающих вашу проблему
(просим не подавать оригиналы).

The New York State Department of Health имеет полномочия от Центров обслуживания программ Medicare и Medicaid расследовать жалобы на дома престарелых и случаи, которые привели или могут привести к негативным последствиям для проживающих. Роль DOH заключается в обеспечении соблюдения в таких учреждениях нормативных требований, а также в расследовании случаев жестокого, халатного либо ненадлежащего обращения.

Наиболее распространенные виды жалоб включают: несчастные случаи, изменения в состоянии здоровья, при которых не была своевременно оказана помощь, вопросы приема и выписки, а также касательно уборки и обслуживания.

Профессиональные сотрудники рассмотрят ваши проблемы и определят, как DOH будет действовать дальше.

Если у вас возникнут вопросы, обращайтесь в Centralized Complaint Intake Program (Программу централизованного приема и рассмотрения жалоб) по номеру 1-888-201-4563 с понедельника по пятницу, 08:30–16:45 (за исключением праздничных дней).