

疗养院投诉表

联系方式

提供有关您的资料可以便于本署工作人员在需要其他资料时与您取得联系。我们会按政策对您的姓名保密。可能会有必要与机构分享您的投诉的性质或住院患者的姓名或您的姓名。

请用“X”来注明对“否/是”问题的回答

您是否希望匿名？（见上方说明） 否 是

请向本署提供您的联系方式。

名字：_____ 姓氏：_____ 日期：_____

地址：_____

城市：_____ 邮政编码：_____ 州：_____

日间联系电话：_____

备用电话：_____

电子邮箱：_____

您与住院患者的关系为？ _____

住院患者信息（必填）

名字：_____ 姓氏：_____

当前位置： 疗养院 医院 其他，请说明 _____

疗养院出院日期（如适用）： _____

机构信息

疗养院名称： _____

疗养院地址： _____

疗养院所在市： _____ 房间号： _____

投诉信息

顾虑事项发生日期？ _____

是否有执法部门介入？ 否 是

是否遵守了护理计划？ 否 是

您是否向该机构提出了投诉？ 否 是

您的顾虑事项是否得到了解决？ 否 是

您的顾虑事项是否影响到其他住院患者？ 否 是

请简要描述您的投诉内容，并列出相关的任何工作人员、其他住院患者及任何见证人：

说明

New York State Department of Health 负责审查与疗养院所提供住院患者护理和服务有关的投诉，这些投诉直接或间接地影响到住院患者。如要对疗养院所提供服务提出投诉，请填写本表并寄至：

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

或

传真：(518) 408-1157

或

电子邮箱：nhintake@health.state.ny.us

如果事件发生在您向 NYS Department of Health 提出投诉时的过去一年内，则本署将受理投诉。

为了让您的投诉及时得到受理，请：

- 准确键入或以正楷清晰填写
- 完整填写本表，包括您的联系方式
- 说明您已投诉过的任何人员之姓名和电话号码
- 附上支持您的顾虑事项的纸质材料副本（请勿附上原件）

Department of Health 有权从 Centers for Medicare and Medicaid Services（Medicare 和 Medicaid 服务中心）调查已经或可能对住院患者造成负面影响的疗养院投诉和事件。DOH 有责任确保机构符合监管要求，同时也有责任调查辱骂、忽视或虐待事件。

最常见的投诉类型包括：意外事故、未及时处理的医疗状况变化、入院和出院问题以及内务清洁和维修问题。

专业工作人员将审查您的顾虑事项，并决定本署将如何受理此类事项。

如果您有任何疑问，请致电 1-888-201-4563 联系 Centralized Complaint Intake Program（集中投诉和受理计划），服务时间为周一至周五上午 8:30 至下午 4:45，节假日除外。