



Oregon WIC Program
800 NE Oregon Street, Suite 865
Portland, OR 97232
Voice: 971-673-0040
FAX: 971-673-0071
TTY: 711

ФОРМА ДЛЯ ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ

Клиент или сотрудник может заполнить данную форму. Ваши пожелания останутся конфиденциальными.

Имя клиента: _____

Идентификационный номер (ID#), если имеется: _____

Адрес клиента: _____
Номер дома Улица Город Индекс

Номер телефона клиента: домашний (_____) _____ другой(_____) _____

Пожалуйста, сообщите нам суть вашей проблемы, и какие действия, по вашему мнению, мы должны предпринять для ее разрешения. Пожалуйста, используйте место на обороте данной страницы, если необходимо. Благодарим вас за предоставление данной информации.

Дата жалобы: _____ _____ заполнено клиентом _____ заполнено сотрудником

Подпись: _____

С вами свяжется сотрудник управленческого отдела в течение 5 рабочих дней.

ДАННАЯ СЕКЦИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ И ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕНЕДЖЕРОМ ИЛИ РУКОВОДИТЕЛЕМ

Date Received: _____ Reviewed by: _____

Resolution:

Date customer notified: _____ of resolution, via: ___ phone ___ mail ___ email ___ other _____

Check program involved: ___ STD/HIV/Нер С ___ TB ___ ECS ___ Immunizations ___ WIC

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО СОТРУДНИКОМ:

Type of Complaint: ___ Access to services ___ Quality of care ___ Billing issue ___ Staff issue

___ Delay/wait time ___ Communications ___ Appropriateness of care

Подробности жалобы (продолжение):

MANAGER/SUPERVISOR REVIEW, continued: