



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 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: _____

ДАННАЯ СЕКЦИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ И ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕНЕДЖЕРОМ ИЛИ РУКОВОДИТЕЛЕМ

Date Received: _____ Reviewed by: _____

Reviewed by: _____

Resolution:

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

Check program involved: STD/HIV/Hep C 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: