



County of San Bernardino
Department of Behavioral Health

For Office Use Only:
Simon #

PATIENTS' RIGHTS GRIEVANCE FORM

FORM TO BE COMPLETED BY CLIENT AND FORWARDED TO PATIENTS' RIGHTS

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376
(800) 440-2391 ♦ Fax (909) 421-9258

Client Name: (Please print or write clearly) Date: Time:

Using Authorized Representative: No Yes if yes, Name: Phone:

Date of Birth: Gender: M F Preferred Language:

Home Address: SSN:

City: Zip: Phone:

Clinic or Provider:

Please Tell Us About Your Grievance:

How Would You Like to See Things Resolved?

Beneficiary Signature: Date:



County of San Bernardino
Department of Behavioral Health

Sólo Para Uso de la Oficina:

Simon #

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y ENVIADO AL REPRESENTANTE DE LOS DERECHOS DE PACIENTE DEL CONDADO

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376
(800) 440-2391 ♦ Fax (909) 421-9258

Nombre del/la Beneficiario/a: Fecha: Hora:
(Use letra de molde o escriba claramente)

¿Es por Medio de un Representante Autorizado?: No Sí si responde sí,
Nombre: Teléfono:

Fecha de Nacimiento: Sexo: M F Lenguaje Preferido:

Domicilio de Casa: No. de SS:

Ciudad: Zona Postal: Teléfono:

Clínica o Proveedor:

Favor de Decirnos el Motivo de su Queja:

Multiple horizontal lines for writing the reason for the complaint.

¿Cómo Le Gustaría que se Resolviera el Problema?

Multiple horizontal lines for writing how the problem should be resolved.

Firma del Cliente: Fecha:



**San Bernardino县**  
**行为健康管理局**  
**患者权利申诉表**

For Office Use Only:  
 \_\_\_\_\_  
 Simon # \_\_\_\_\_

表格需由 客户 填写并转发给患者权利部

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376  
 (800) 440-2391 ◆ 传真 (909) 421-9258

客户姓名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 时间：\_\_\_\_\_

(请正楷书写或清楚书写)

使用授权代表： 否  是，如果是，姓名：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ 性别： 男  女 首选语言：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_ 社会保障号码：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_

诊所或提供者：\_\_\_\_\_

请告诉我们您的申诉：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

您希望事情怎样解决？\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

受益人签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_



Quận San Bernardino  
Sở Y Tế Hành Vi

For Office Use Only:

Simon # \_\_\_\_\_

**MẪU ĐƠN KHIẾU NẠI VỀ QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN**

**MẪU ĐƠN DO KHÁCH HÀNG HOÀN THÀNH VÀ CHUYỂN ĐẾN QUYỀN CỦA BỆNH NHÂN**

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376

(800) 440-2391 ♦ Fax (909) 421-9258

Tên Khách Hàng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_  
(Vui lòng viết chữ in hoa hoặc viết rõ ràng)

Sử Dụng Người Đại Diện Được Ủy Quyền:  Không  Có Nếu có, Tên: \_\_\_\_\_

Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ Giới Tính:  Nam  Nữ Ngôn Ngữ Ưa Thích: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Nhà: \_\_\_\_\_ Số An Sinh Xã Hội: \_\_\_\_\_

Thành Phố: \_\_\_\_\_ Mã Bưu Chính: \_\_\_\_\_ Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Phòng Khám hoặc Nhà Cung Cấp: \_\_\_\_\_

Vui Lòng Cho Chúng Tôi Biết Về Than Phiền Của Quý Vị: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quý Vị Muốn Thấy Mọi Việc Được Giải Quyết Như Thế Nào? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chữ Ký Của Người Thụ Hưởng: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_