

Monmouth 醫療中心
普通申訴表

患者姓名

患者姓名:	醫療記錄號碼:
患者簽名:	
患者電話號碼:	事件發生日期:
聯系人或提交申訴的人（如果不是患者本人）:	地區/地點/病房:
聯系人電話號碼:	日期:
	填表日期:

申訴/投訴描述:

《民權法案》Title VI 申訴:

以下哪一項最適當地描述指稱的歧視發生的原因？（請勾選所有適用的項目）

種族

膚色

原國籍（有限英語水平）

其他

如果選擇“其他”，請解釋:

請描述指稱的歧視事件。請提供所有相關 Monmouth 醫療中心雇員的姓名和職稱（如有）。解釋發生的情況以及您認為誰應當對此負責:

您是否已經在任何其他聯邦、州或地方機構提交有關本次事件的申訴？如果是，請具體列出:
