

Monmouth Medical Center
(Медицинский центр Монмаут)
Общий БЛАНК для подачи жалобы

Ф.И. Пациента

Ф.И. Пациента: _____ Подпись пациента: _____	Медицинская карта №:
Телефонный номер пациента:	Дата инцидента:
Контактное лицо или лицо, подающие жалобу (если отличается от пациента):	Район / местоположение / комната пациента:
Номер телефона контактного лица:	Дата:
	Дата заполнения:

Описание жалобы / недовольства:

Из раздела VI Закона о гражданских правах, жалобы:

Что из нижеперечисленного точнее всего описывает причину, из-за которой произошла предполагаемая дискриминация? (Пожалуйста отметьте все, что подходит)

___ Раса

___ Цвет кожи

___ Национальное происхождение (ограниченное знание английского языка)

___ Другое

Если Другое, - пожалуйста, объясните:

Пожалуйста, опишите инцидент возможно имевшей место дискриминации.

Предоставьте имена и должности всех участвующих сотрудников Медицинского центра Монмаут, если таковые имеются. Объясните, что произошло и кто, по вашему, ответственный:

Вы подавали жалобу в любое другое федеральное, штатное или местное учреждение относительно этого инцидента? Если да, пожалуйста, объясните: _____