



DETROIT WAYNE INTEGRATED HEALTH NETWORK

استمارة شكوى بشأن حقوق المستفيدين

للاستخدام المكتبي فحسب	
الفئة	رقم الشكوى

التعليمات:

إذا كنت تعتقد أن أحد حقوقك قد انتهك، يجوز لك (أو لأي شخص ينوب عنك) استخدام هذه الاستمارة لتقديم شكوى. يراجع ممثل الحقوق الشكوى ويجوز له إجراء تحقيق. احتفظ بنسخة لسجلائك وأرسل النسخة الأصلية إلى:

DETROIT WAYNE INTEGRATED HEALTH NETWORK
OFFICE OF RECIPIENT RIGHTS
707 W. MILWAUKEE STREET
DETROIT, MI 48202-2943

اسم مقدم الشكوى	اسم المستفيد (إذا كان مختلفاً عن مقدم الشكوى)
عنوان مقدم الشكوى	عنوان المستفيد
رقم هاتف مقدم الشكوى	رقم هاتف المستفيد
أين حدث الانتهاك المزعوم؟	متى حدث ذلك؟ (التاريخ والوقت)

ما هو الحق الذي تم انتهاكه؟

صِف ما حدث

ما الذي تريد أن يتم إجراؤه لتصحيح المشكلة؟

توقيع مقدم الشكوى	التاريخ	اسم الشخص الذي يساعد مقدم الشكوى (إن وُجد)
	/ /	