



加州保护与权力倡导系统
www.disabilityrightsca.org
免费电话: (800) 776-5746
听障专线: (800) 719-5798

**Disability Rights California
PAIMI 承诺投诉程序
(PAIMI Assurance Grievance Procedure)**

联邦法律要求 Disability Rights California 必须为曾经或正在接受精神健康服务的个人、其家庭成员以及他们的代理人建立一套投诉程序，以保证 Disability Rights California 的运行符合精神病患者保护与权力倡导法令（Protection and Advocacy for Mentally Illness Individuals Act）42 U.S.C. § 10805(a)(9) 的要求。

确信 Disability Rights California 违反了任何以下所列的联邦服务承诺条款的人有资格按照承诺投诉程序（Assurance Grievance Procedure）进行投诉。此人还必须是：

1. 正在或曾经接受精神健康服务的人士；
2. 正在或曾经接受精神健康服务的人士的家庭成员；或者
3. 正在或曾经接受精神健康服务的人士的代理人。

联邦服务承诺条款要求 Disability Rights California 必须：

1. 独立于服务提供者；
2. 具有保护与权力倡导的能力；
3. 拥有训练有素的成员；
4. 有权对关于虐待和忽略的指控进行调查；
5. 有权寻求法律、行政和其他适当的补偿；
6. 能够接触客户、记录和设施；
7. 对记录保密；

8. 不代表客户采取与除州政府之外其法定监护人、保护人或其他代理人相重复的行动，除非这些法定代理人求助于 **Disability Rights California**;
9. 除非紧急情况，在采取法律行动之前，应尽可能的寻求行政补偿；
10. 拥有一个多成员理事会，以共同决定优先事项，理事会包括广泛代表 **Disability Rights California** 客户的成员以及顾问委员会主席；
11. 拥有一个咨询委员会，提供政策和优先事项的意见，其 60% 的成员应由现在和以前的服务接受者或其家庭成员组成，并应完成年度报告的一部分；
12. 给公众提供一个就优先事项发表评论的机会；
13. 用法院判决来促成联邦法律的目标；
14. 使用联邦拨款来补充而非取代非联邦基金。

确信 **Disability Rights California** 违反了任何服务承诺条款的人可以填写 **Disability Rights California** 承诺投诉表（**Assurance Grievance form**）向执行主任（**Executive Director**）进行书面投诉。投诉表请寄至：

Executive Director
Disability Rights California
100 Howe Avenue, Suite 185 North
Sacramento, CA 95825

执行主任可酌情要求诉讼主任或其他 **DISABILITY RIGHTS CALIFORNIA** 的工作人员对投诉进行法律分析。执行主任要在收到投诉的 **30** 天之内发出对投诉的书面裁决。

PAIMI 承诺投诉表
(PAIMI Assurance Grievance Form)

您的姓名:

您的地址:

您的日间电话: ()

您的电子邮件:

我是[选择相应的项目]:

正在或曾经接受精神健康服务的人士。

正在或曾经接受精神健康服务的人士的家庭成员。

正在或曾经接受精神健康服务的人士或其家庭成员的代理人。

我相信 Disability Rights California违反了以下精神病患者保护与权力倡导法令 (Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness Act.), 42 U.S.C. Sec. 10805(a)(9) 所要求的服务承诺:

我的想法的理由如下:

日期

填写人

签名

填写完的表格请寄至:

Executive Director
Disability Rights California
100 Howe Ave., Suite 185N
Sacramento, CA 95824
传真: (916) 488-9962

电子邮件: executivedirector@disabilityrightscsca.org