



ប្រព័ន្ធការការពារ និងការតស៊ូមតិរបស់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា

www.disabilityrightsca.org

លេខហៅចូលដោយមិនបាច់អស់លុយ : (800) 776-5746

លេខសំរាប់អ្នកពិបាកស្តាប់ : (800) 719-5798

Disability Rights California

បែបបទ PAIMI សំរាប់បណ្តឹងសារទុក្ខលើការធានា

(PAIMI Assurance Grievance Procedure)

ច្បាប់សហព័ន្ធគ្រូវឱ្យអង្គការសិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) បង្កើតទម្រង់បណ្តឹងសារទុក្ខ សំរាប់ពលរដ្ឋដែល បានទទួល ឬកំពុងតែបានទទួលសេវាសុខភាពផ្លូវចិត្ត ។ សមាជិកគ្រួសាររបស់ពលរដ្ឋដែលមានជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬអ្នកតំណាងឱ្យពួកគេ ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់ពួកគេ ត្រូវធានាថាអង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) បានធ្វើកិច្ចប្រតិបត្តិការដែល ស្របទៅតាមច្បាប់ការ ការពារ និងការតស៊ូមតិសំរាប់ពលរដ្ឋមានជំងឺផ្លូវចិត្ត (Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act) 42 U.S.C. § 10805(a)(9) ។

ពលរដ្ឋណាមួយដែលមានជំងឺថាអង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) បានប្រព្រឹត្តិរំលោភលើការធានារបស់ សហព័ន្ធ ដូចមានចែងខាងក្រោម មានសិទ្ធិប្តឹងសារទុក្ខ ក្រោម ទម្រង់ការបណ្តឹងសារទុក្ខចំពោះការធានា (Assurance Grievance Procedure) ប្រសិនបើពលរដ្ឋនោះក៏ :

1. ជាមនុស្សដែលកំពុងតែបានទទួល ឬធ្លាប់បានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត
2. ជាសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែល កំពុងតែបានទទួល ឬធ្លាប់បានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬ
3. ជាអ្នកតំណាងឱ្យអ្នកដែល កំពុងតែបានទទួល ឬធ្លាប់បានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ផងដែរ ។

ការធានារបស់សហព័ន្ធ និយាយថាអង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) ត្រូវតែ :

1. នៅឯករាជ្យពីអ្នកផ្តល់សេវា
2. មានសមត្ថភាពការពារ និងតស៊ូមតិអំពីសិទ្ធិនានា
3. មានបុគ្គលិករបស់ខ្លួនដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលសំរាប់បំពេញការងារ
4. មានសមត្ថកិច្ចដើម្បីស៊ើបអង្កេត លើបទចោទប្រកាន់នានា អំពីការប្រព្រឹត្តិរំលោភ ឬការព្រងើយកន្តើយមិនយកចិត្តទុកដាក់ដល់ជនគោលដៅ

5. មានសមត្ថកិច្ចដើម្បីចាត់ការតាមផ្លូវច្បាប់ តាមផ្លូវរដ្ឋបាល និងប្រើវិធីផ្សេងទៀត សំរាប់ដោះស្រាយបញ្ហា
6. មានសិទ្ធិជួបជាមួយនឹងអតិថិជន បើកមើលកំណត់ត្រា និងចូលមើលក្នុងកន្លែងផ្សេងៗដែលផ្តល់សេវាដល់អតិថិជន
7. រក្សាការសម្ងាត់ចំពោះកំណត់ត្រានានា
8. មិនចាត់ការជំនួសឱ្យអតិថិជន ជាសកម្មភាពជាន់គ្នាដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកការពារ ឬអ្នកតំណាង របស់អតិថិជន ដែលមិនមែនជារដ្ឋ ប្រសិនបើការតំណាងផ្លូវច្បាប់បែបនោះ មិនបានស្នើ សុំជំនួយពីអង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) ឱ្យជួយទេនោះ
9. ប្រើអស់លទ្ធភាពលើវិធានការដោះស្រាយតាមផ្លូវរដ្ឋបាល មុនធ្វើចំណាត់ការផ្លូវច្បាប់ លើកលែងតែក្នុងករណីបន្ទាន់
10. មានសមាជិកក្រុមប្រឹក្សាភិបាលដែលមានសមាសភាពចម្រុះ ចូលរួមកំណត់អាទិភាព និងរួមបញ្ចូលសមាជិក ដែលមានតួនាទីធ្វើជាអ្នកតំណាងឱ្យអតិថិជនរបស់អង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) យ៉ាងទូលំទូលាយ ហើយជាប្រធានក្រុមប្រឹក្សាយោបល់
11. មានក្រុមប្រឹក្សាយោបល់ ដែលជួយផ្តល់ដំបូន្មានលើគោលនយោបាយ និងការកំណត់អាទិភាព ដែល 60% នៃសមាជិកភាពរបស់ខ្លួនគឺជាអ្នកកំពុងទទួលបាន អ្នកទទួលបានពីមុន ឬសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកទទួលបាន ព្រមទាំង បានបំពេញរូបរាងនូវ របាយការណ៍ប្រចាំឆ្នាំ
12. ផ្តល់ឱ្យសាធារណៈជននូវឱកាសដើម្បីបញ្ចេញយោបល់ ចំពោះអាទិភាពរបស់ខ្លួនដែលបានកំណត់
13. ប្រើក្តីសម្រេចរបស់តុលាការ សំរាប់គោលបំណងបន្ថែម ក្នុងការអនុវត្តច្បាប់សហព័ន្ធ និង
14. ប្រើការបែងចែកថវិការបស់សហព័ន្ធ សំរាប់បង្កប់លើ មិនមែនសំរាប់ជាប្រាក់ជំនួស ថវិកាដែលមិនមែនជាថវិការបស់សហព័ន្ធ ។

បុគ្គលណាដែលមានការជឿជាក់ថាអង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) បានប្រព្រឹត្តិរំលោភលើការធានាណាមួយ អាចដាក់ពាក្យប្តឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ទៅកាន់ នាយកប្រតិបត្តិ (Executive Director) ដោយការប្រើ បែបបទ បណ្តឹងសាទុក្ខលើការធានារបស់អង្គការ សិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) ។ ពាក្យបណ្តឹងនេះ អាចធ្វើទៅកាន់ :

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

នាយកប្រតិបត្តិ (Executive Director) អាចស្នើរឱ្យនាយកផ្នែកបណ្តឹង (Director of Litigation) ឬបុគ្គលិកដទៃទៀត របស់អង្គការសិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) ដើម្បីធ្វើការវិភាគច្បាប់ ចំពោះបណ្តឹងសាទុក្ខ តាមភាពដែលសមរម្យ ។ នាយកប្រតិបត្តិ (Executive Director) នឹងចេញសេចក្តីសម្រេចជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ អំពីបណ្តឹងសាទុក្ខលើការធានា ក្នុងរវាង 30 ថ្ងៃ ដោយគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលខ្លួនបានទទួលបណ្តឹងសាទុក្ខនោះ ។

បែបបទ PAIMI សំរាប់បណ្តឹងសាទុក្ខលើការធានា

(PAIMI Assurance Grievance Form)

ឈ្មោះរបស់អ្នក :

អាសយដ្ឋានរបស់អ្នក :

លេខទូរស័ព្ទសំរាប់ប្រើពេលថ្ងៃរបស់អ្នក : ()

អ៊ីម៉ែលរបស់អ្នក :

ខ្ញុំជា [សូមគូសពីមុខចំណុចមួយណាដែលសមរម្យ] :

ជាមនុស្សដែលកំពុងតែបានទទួល ឬធ្លាប់បានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ។

ជាសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកដែល កំពុងតែបានទទួល ឬធ្លាប់បានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ។

ជាអ្នកតំណាងឱ្យអ្នកដែល កំពុងតែបានទទួល ឬធ្លាប់បានទទួលសេវាថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្ត ឬជាអ្នកតំណាងឱ្យសមាជិកគ្រួសាររបស់គេ ។

ខ្ញុំជឿជាក់ថាអង្គការសិទ្ធិជនពិការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (Disability Rights California) បានប្រព្រឹត្តិរំលោភលើ ការធានាខាងក្រោម ដូចមានចែង នៅក្នុងច្បាប់ ស្តីពីការការពារ និងការតស៊ូមតិសំរាប់ពលរដ្ឋដែលមានជំងឺផ្លូវចិត្ត (Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness Act) 42 U.S.C. ផ្នែកទី 10805(a)(9):

មូលហេតុដែលនាំឱ្យខ្ញុំជឿថាមានការប្រព្រឹត្តិរំលោភគឺ :

ចុះកាលបរិច្ឆេទ

ដោយ

ហត្ថលេខា

សូមផ្ញើបែបបទដែលបានបំពេញរួចរាល់ទៅកាន់ :

Executive Director
Disability Rights California
100 Howe Ave., Suite 185N
Sacramento, CA 95824

ទូរស័ព្ទ : (916) 488-9962

អ៊ីម៉ែល : executivedirector@disabilityrightsca.org