



Калифорнийская Система Правовой Защиты и Помощи
www.disabilityrightscalifornia.org
Бесплатный номер телефона: (800) 776-5746
Телетайп: (800) 719-5798

Disability Rights California Процедура Подачи Жалобы о Невыполнении Требований PAIMI (PAIMI Assurance Grievance Procedure)

Согласно федеральному законодательству, агентство «Disability Rights California» обязано установить процедуру подачи жалобы для людей, которые получали или получают психиатрические услуги, членов семей людей с психическими заболеваниями, или представителей этих людей или членов их семей для обеспечения соответствия действий агентства «Disability Rights California» Акту 42 U.S.C. § 10805(a)(9) о Правовой защите и Помощи Людям с Психическими Заболеваниями (Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act. 42 U.S.C. § 10805(a)(9)).

Лицо, которое считает, что агентство «Disability Rights California» нарушило какие-либо изложенные ниже требования Федерального Законодательства, имеет право подать жалобу согласно Процедуре Подачи Жалобы о Невыполнении Требований (Assurance Grievance Procedure), если это лицо также является:

1. Лицом, которое получает или получало психиатрические услуги;
2. Членом семьи лица, которое получает или получало психиатрические услуги; или
3. Представителем лица, которое получает или получало психиатрические услуги или представителем члена семьи лица, которое получает или получало психиатрические услуги.

Согласно требованиям Федерального Законодательства, агентство «Disability Rights California» должно:

1. Быть независимо от поставщиков услуг;
2. Иметь возможность оказывать правовую защиту и помощь;
3. Иметь обученный персонал;
4. Иметь полномочия расследовать обвинения в грубом обращении и пренебрежении;

5. Иметь полномочия добиваться юридических, административных и других приемлемых средств защиты;
6. Иметь доступ к клиентам, записям и специализированным учреждениям;
7. Поддерживать конфиденциальность информации;
8. Не предпринимать никаких действий от имени клиентов которые повторяют действия, уже предпринятые законным попечителем клиента, опекуном или представителем (не от штата), если только представители клиента не требуют участия агентства «Disability Rights California»;
9. За исключением чрезвычайных ситуаций, использовать все возможные административные средства защиты до применения юридических мер;
10. Иметь Совет Директоров, состоящий из нескольких членов, которые совместно определяют приоритеты, и который состоит из членов, широко представляющих клиентов агентства «Disability Rights California» и председателя консультативного совета;
11. Иметь консультативный совет, который предлагает рекомендации относительно курса действий и приоритетов, членство которого на 60% состоит из клиентов, бывших клиентов или членов их семей и который составляет часть ежегодного отчета;
12. Предоставлять возможность участия общественности в определении приоритетов;
13. Применять решения суда для дальнейшего исполнения федеральных законов; а также
14. Использовать федеральные бюджетные ассигнования для дополнения, а не замены средств, полученных из не-федерального бюджета.

Лицо, которое считает, что агентство «Disability Rights California» нарушило какие-либо требования, может подать жалобу Исполнительному Директору (Executive Director) используя форму Жалобы о Невыполнении Требований (Assurance Grievance form). Форма жалобы должна быть послана по адресу:

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

Исполнительный Директор может потребовать от Директора по Судебным Процессам (Director of Litigation) или другого сотрудника агентства «Disability Rights California» провести надлежащий юридический анализ жалобы. Исполнительный Директор рассмотрит Вашу жалобу и даст ответ в письменной форме в течение 30 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЖАЛОБЫ.

**Форма Жалобы о Невыполнении Требований PAIMI
(PAIMI Assurance Grievance Form)**

Ваше имя:

Ваш адрес:

Номер телефона, по которому с Вами можно связаться в дневное время: ()

Адрес Вашей электронной почты:

Я [отметьте подходящий пункт]:

Лицо, которое получает или получало психиатрические услуги;
Член семьи лица, которое получает или получало психиатрические услуги; или

Представитель лица, которое получает или получало психиатрические услуги, или представитель члена семьи лица, которое получает или получало психиатрические услуги.

Я считаю, что агентство «Disability Rights California» нарушило следующие требования, предъявляемые Актом 42 U.S.C. § 10805(a)(9) о Правовой защите и Помощи Людям с Психическими Заболеваниями (Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act. 42 U.S.C. § 10805(a)(9)).

У меня имеются следующие причины для этого утверждения:

Дата _____ Имя, Фамилия _____ Подпись _____

Отправьте заполненную форму по следующему адресу:

Executive Director
Disability Rights California
100 Howe Ave., Suite 185N
Sacramento, CA 95824
Fax: (916) 488-9962
E-mail: executivedirector@disabilityrightscsca.org