

麻州精神衛生處 投訴表格

For Department Use Only (辦事處專用)

Date Received: _____ / _____ / _____

Received By: _____

Log #: _____

1. 投訴人姓名 身份* 地址及電話號碼 (或所屬計劃名稱)

a. _____

b. _____

c. _____

2. 在本投訴中被認為受到損害的客戶姓名 (如有並知道其姓名) 地址及電話號碼 (或所屬計劃名稱)

a. _____

b. _____

c. _____

3. 被投訴人姓名 (如有並知道其姓名) 身份* 地址及電話號碼 (或所屬計劃名稱)

a. _____

b. _____

c. _____

4. 填表人姓名 (如與上列姓名不同) _____

5. 所投訴的事件在何時發生 (日期和時間)? _____

6. 所投訴的事件在何處發生? _____

7. 請形容所發生的事 (如有需要, 可在背頁及/ 或附上另頁繼續形容) _____

* 身份 (請填上以下代號) : C=客戶 ; E=僱員 ; H=人權委員會 ; R=親戚 ; O=其他 (請註明)

7. 請形容所發生的事 (續前頁) :

如果你有加上附頁，請在左邊打勾

如果你年齡在十八至五十九歲間，並曾受到身體或心理上的虐待，你可以打電話給「殘障人士保護局」(Disabled Persons Protection Commission) 的二十四小時熱線：1-800-426-9009

精神衛生處及為殘障人士提供服務的私人機構之僱員如果有理由相信年齡在十八至五十九歲間的殘障人士曾受到身體或心理上的虐待，根據法律必須立即向「殘障人士保護局」的二十四小時熱線：1-800-426-9009 提出有關報告。在向該局提出口頭報告的四十八小時內，並必須提交書面報告。

日期

投訴人簽名