

**104 CMR 32.00-Russian
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
ДЕПАРТАМЕНТ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

For Department Use Only	
Date Received:	____/____/____
Received by:	_____
Log #:	_____

**COMPLAINT FORM
ЖАЛОБА**

1. NAME OF COMPLAINANT(S)	STATUS	ADDRESS AND TELEPHONE # (OR PROGRAM NAME)
Податель жалобы	Социальное положение	Адрес и телефон (или название программы)
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

2. Client(s) thought to be Harmed by Matter Complained of (if any and known)	ADDRESS AND TELEPHONE # (OR PROGRAM NAME)
Пациент (или пациенты), которым нанесен вред, по сути данной жалобы (если таковые известны)	Адрес и телефон (или название программы)
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____

3. NAME(S) OF PERSON(S) COMPLAINED OF (if any and if known)	STATUS	ADDRESS AND TELEPHONE # (OR PROGRAM NAME)
Лицо (или лица), на которое подается жалоба (если таковые известны)	Социальное положение	Адрес и телефон (или название программы)
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

4. PERSON FILLING OUT FORM (if other than above):
Лицо, заполняющее данную форму (если не тот, кто поименован выше): _____

5. WHEN DID MATTER COMPLAINED OF OCCUR [Date(s) and Time(s)]?
Когда произошел случай по сути данной жалобы (дата и время)? _____

*STATUS: C= Пациент; E=сотрудник; H= член Комитета по правам человека; P= Родственник;
O=прочие (укажите конкретно)

6. WHERE DID MATTER COMPLAINED OF OCCUR?

Где произошел случай по сути данной жалобы? _____

7. Describe What Happened (Attach additional sheets as necessary):

Опишите, что произошло (можете продолжить на дополнительных листах, если нужно):

d[] Отметьте здесь, если имеются любые дополнения и приложения

Если ваш возраст от 18 до 59 лет (включительно) и вы подверглись жестокому обращению, физически или эмоционально, вы можете позвонить в Комиссию по защите лиц с инвалидностью по телефону 1-800-426-9009 (горячая линия, работает 24 часа в сутки).

Сотрудники Департамента психического здоровья и частных агентств, предоставляющих услуги лицам с инвалидностью, у которых есть все основания считать, что лицо с инвалидностью в возрасте от 18 до 59 лет подвергся жестокому обращению, физически или эмоционально, обязаны по закону немедленно сообщить о случае жестокого обращения в Комиссию по защите лиц с инвалидностью по телефону 1-800-426-9009. Письменный отчет о случившемся должен быть представлен в Комиссию в течении 48 часов после устного сообщения.

Дата

Подпись подателя жалобы