

استمارة شكوى مقدم الخدمة ومرفق الخدمة

الإرشادات:

يُرجى قراءة الأسئلة الشائعة قبل ملء هذه الاستمارة. يُرجى استخدام هذه الاستمارة لتقديم شكاوىك ضد مقدم خدمة بعينه أو ضد أحد مرافق الرعاية الصحية أو للتبليغ عن عيادة رعاية صحية غير مُرخصة. يجب أن يحصل مقدم الرعاية الصحية أو منشأة الرعاية الصحية على اعتماد من دائرة الصحة بولاية واشنطن (Washington State Department of Health)، أو يُمارس خدمات الرعاية الصحية داخل ولاية واشنطن دون ترخيص. يمكنك البحث عن اعتماد مقدم الخدمة أو المنشأة من خلال صفحة البحث عن اعتماد وترخيص مقدم الخدمة والتحقق منه. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة إضافية لإكمال هذه الاستمارة يرجى التواصل معنا على hsqacomplaintintake@doh.wa.gov أو 360-236-2620

1. القسم 1 - يُرجى إتمام هذا القسم إذا كنت تقدم شكاوىك ضد مقدم رعاية صحية فردي أو للإبلاغ عن ممارسة رعاية صحية غير مُصرح بها. يُرجى العلم أنه لا يلزم أن يحمل الفريق الإداري لدى مقدم الخدمة ترخيصًا مُعتمدًا من جهتنا.
2. القسم 2 - يُرجى إتمام هذا القسم إذا كنت تقدم شكاوىك ضد منشأة للرعاية الصحية. يُرجى الاطلاع على قسم الأسئلة الشائعة للتعرف على قائمة المنشآت الخاضعة لتنظيمنا، ولمزيد من المعلومات حول العيادات والمنشآت الخاضعة لتنظيم إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية.
3. القسم 3 - يرجى تسجيل بيانات الاتصال خاصتك. إذا كنت تقدم الشكاوى باسم شركة أو منشأة ونيابة عنها، فيُرجى ذكر ذلك في هذا القسم.
4. القسم 4 - يرجى ملء هذا القسم إذا لم تكن أنت المريض.
5. القسم 5 - يُرجى بذل قصارى جهدك للإجابة عن جميع الأسئلة بهذا القسم وبأكبر قدر ممكن من التفاصيل لتتمكن سلطة الانضباط من مراجعتها.

يُرجى عدم تقديم أكثر من نسخة واحدة من شكاوىك. عند الانتهاء، يرجى إعادة الاستمارة بإحدى الطرق التالية: البريد، أو البريد الإلكتروني أو الفاكس:

البريد:

Health Systems Quality Assurance (هيئة تدقيق جودة الأنظمة الصحية)
Complaint Intake Unit (وحدة تلقي الشكاوى)
P.O. Box 47857
Olympia, WA 98504-7857

البريد الإلكتروني: hsqacomplaintintake@doh.wa.gov في حالة الإرسال عبر البريد الإلكتروني، يرجى كتابة الشكاوى مباشرة في البريد الإلكتروني أو إرفاقها كملف. يُرجى عدم إرسال شكاوىك عبر خدمات التخزين على الإنترنت أو عن طريق خدمات البريد الإلكتروني المؤمنة التي تقتضي تسجيل الدخول ببياناتك.

فاكس: 360-236-2626

القسم 1 – بيانات مقدم الرعاية الصحية:

إذا كنت تقدم شكوى ضد منشأة للرعاية الصحية، فيرجى الانتقال مباشرة إلى القسم 2. إذا كانت تلك المنشأة هي مكتب طبيب أو مقدم خدمة أو عيادة، يُرجى إتمام القسم 1 (هذا القسم) وتسجيل اسم مقدم خدمات الرعاية الصحية.

ما اسم مقدم الرعاية الصحية الفرد الذي تقدم شكواك ضده (إن وجد)؟		
الاسم الأول: ادخل الاسم الأول لمقدم الخدمة هنا	الاسم الأوسط: ادخل الاسم الأوسط لمقدم الخدمة هنا	الاسم الأخير: ادخل الاسم الأخير لمقدم الخدمة هنا
ما تخصص مقدم الرعاية الصحية هذا؟ اختر نوع مقدم الخدمة من القائمة المُسنّدة.		
أخرى (يُرجى تحديدها): أدخل الاختيار هنا		
العنوان: أدخل العنوان هنا		
المدينة: أدخل اسم المدينة هنا	الولاية: أدخل اسم الولاية هنا	الرمز البريدي: أدخل الرمز البريدي هنا

القسم 2 – بيانات المنشأة:

لا يتبع سلطتنا التنظيمية سوى الأنواع المُدرجة في القائمة المُسنّدة. إذا لم يكن نوع المنشأة مدرجًا، فيرجى الاتصال على الرقم 360-236-2620. فقد نتّمن من مساعدتك في تحديد ما إذا كانت شكواك ضد فرد أو أنه عليك تقديم شكواك إلى جهة أخرى. إذا كنت تود تقديم شكوى ضد منشأة مساكن إيواء دائم أو دار لإيواء البالغين أو دار ترميز أو منشأة ترميز ماهرة، وليس ضد مقدمي خدمة من الأفراد العاملين بتلك المنشآت، يُرجى الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية والصحية على الرقم 800-562-6078

ما اسم وعنوان المنشأة التي تقدم شكواك ضدها (إن وجدت)؟ يُرجى تسجيل العنوان الفعلي للمنشأة، وليس عنوان المراسلة البريدية أو رقم صندوق البريد.		
الاسم: أدخل اسم المنشأة هنا		
نوع المنشأة: اختر نوع المنشأة من القائمة المُسنّدة.		
العنوان: أدخل عنوان المنشأة هنا <input type="checkbox"/> نفس العنوان المذكور في القسم 1		
المدينة: أدخل اسم المدينة هنا	الولاية: أدخل اسم الولاية هنا.	الرمز البريدي: أدخل الرمز البريدي هنا.
ما وضعك الوظيفي في تلك المنشأة؟ ضع علامة على اختيارك أدناه. (لن تُستخدم هذه المعلومات إلا في أغراض الإدارة والإشراف الداخلية فقط)		
<input type="checkbox"/> غير موظف	<input type="checkbox"/> موظف سابق	<input type="checkbox"/> موظف حالي

في أي قسم أو وحدة أو رقم الغرفة أو الطابق داخل المنشأة، وقع الحادث (الحوادث) أو المشكلة (المشكلات)؟ متى كان تاريخ الدخول والخروج؟	
القسم: أدخل اسم القسم هنا	الطابق: أدخل رقم الطابق هنا
رقم الغرفة: أدخل رقم الغرفة هنا	الوحدة: أدخل رقم الوحدة هنا
تاريخ الدخول: أدخل تاريخ الدخول هنا	تاريخ الخروج: أدخل تاريخ الخروج هنا
هل لا يزال المريض أو العميل داخل المنشأة، أو لا يزال يتلقى الخدمات؟	
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

القسم 3 – بياناتك:

يُرجى تسجيل بيانات الاتصال بك للتأكد من قدرة الإدارة على متابعة شكواك معك. إذا سجلت اسمك، فلن تكون شكواك من مجهول، حتى وإن طلبت تجهيل مُقدمها. إذا تسلمنا شكوى تُحدد هويتك بشكل جزئي، فسنعتبرها شكوى مقدمة من مجهول. قد لا تتلقى الشكاوى المقدمة من مجهولين أي متابعة من الإدارة. بموجب قوانين السجلات العامة، لا يُمكننا حجب أسماء مقدمي الشكاوى ما لم يستوفوا شروط "إعفاء كاشفي المخالفات" يُحدد كل من قانون واشنطن المُفتَّح (RCW 43.70.075) وقانون واشنطن الإداري (WAC 246-15-010) حالة أهليتك لإعفاء كاشفي المخالفات، ولست مُلزماً بطلب هذا الإعفاء. يُرجى مراجعة قسم الأسئلة الشائعة حول تقديم شكوى مُجهَّلة ومن يؤهل للحصول على إعفاء كشف المخالفات. للمزيد من المعلومات حول إعفاء كشف المخالفات، ستحتاج إلى استشارة مستشارك القانوني؛ حيث لا يتسنى للإدارة إمدادك بأي استشارة قانونية.

ما اسمك وعنوانك البريدي ورقم هاتفك وبريدك الإلكتروني؟		
الاسم الأول: أدخل اسمك الأول هنا	الاسم الأوسط: أدخل اسمك الأوسط هنا.	الاسم الأخير: أدخل اسمك الأخير هنا
العنوان: أدخل عنوانك هنا		
المدنية: أدخل اسم المدينة هنا	الولاية: أدخل اسم الولاية هنا	الرمز البريدي: أدخل الرمز البريدي هنا
الهاتف: أدخل رقم هاتفك هنا منزلي <input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/>		
الهاتف البديل: أدخل رقم هاتف بديل أو فاكس هنا منزلي <input type="checkbox"/> خلوي <input type="checkbox"/> عمل <input type="checkbox"/> فاكس <input type="checkbox"/>		
البريد الإلكتروني: أدخل بريدك الإلكتروني هنا		
هل تملأ هذه الاستمارة نيابة عن شركة أو منشأة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر اسم المنشأة أو الشركة: أدخل اسم الشركة أو المنشأة هنا		
إذا كنت أنت المريض، فما تاريخ ميلادك؟ أدخل تاريخ ميلادك هنا		

القسم 4 – بيانات المريض:

يُرجى إتمام هذا القسم إذا كانت بيانات المريض مُختلفة عن البيانات الواردة في القسم 3

ما اسم وتاريخ ميلاد المريض أو العميل المُتضرر؟		
الاسم الأول: أدخل الاسم الأول للمريض هنا	الاسم الأوسط: ادخل الاسم الأوسط للمريض هنا	الاسم الأخير: أدخل الاسم الأخير للمريض هنا
تاريخ الميلاد: أدخل تاريخ ميلاد المريض هنا.		

ما علاقتك بالمريض أو العميل؟
<p>والد <input type="checkbox"/> ابنة <input type="checkbox"/> زوج/زوجة <input type="checkbox"/> أخ/أخت <input type="checkbox"/> صديق <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/></p> <p>(حدد ما يخالف ذلك): أدخل اختيارًا هنا</p>

القسم 5 – بيانات الشكوى:

يُرجى تقديم أكبر قدر ممكن من [المعلومات](#) حول المشكلات التي تود التبليغ عنها

متى كانت تواريخ ومواعيد وقوع الحوادث أو المشكلات؟
أدخل تاريخ الواقعة

هل أبلغت عن ذلك أو تقدمت بشكوى أو اتخذت أي إجراء لدى أي وكالة أو منظمة أخرى؟ من أمثلة ذلك جهات إنفاذ القانون وخدمات حماية البالغين أو مجالس الاعتمادات المهنية؟ إن كنت قد فعلت، فما تلك الوكالات، ومتى تقدمت وما الإجراءات أو النتائج المترتبة على ذلك؟
أدخل معلومات التقارير الأخرى هنا

يُرجى وصف ما حدث بالتفصيل. (إذا احتجت إلى مساحة إضافية، يُرجى إضافة ورقة مستقلة.)

أدخل شكواك هنا

رقم [34.05](#) من قانون واشنطن المنقح وفي قانون الانضباط الموحد.

وردت تفاصيل العقوبات التي يُحتمل توقيعها على مقدمة الرعاية الصحية في قانون الانضباط الموحد من [قانون واشنطن المنقح 18.130.160](#). وتشتمل تلك العقوبات - على سبيل المثال لا الحصر - على الغرامات والإرشاد وإعادة التدريب وفرض قيود على الممارسة أو حظر الممارسة. تتحمل الإدارة والمجالس واللجان مسؤولية ضمان حماية العامة في البداية، ثم تأهيل مقدم الخدمة.

تصبح ملفات الانضباط سجلات مُتاحة للعامة. مع العلم أن قانون السجلات العامة ينص على أن هناك بعض السجلات لا يجوز الإفصاح عنها.

ما المعلومات التي يجب عليّ إدراجها في شكواي؟

يمكنك إدراج أي معلومات تراها ضرورية مع شكواك. ما نود معرفته، كحد أدنى، هو:

- ضد من تقدم الشكوى.
- ما ادعاءاتك التفصيلية بشأن مقدم الخدمة أو المنشأة. إذا سمحت سلطة الانضباط بإجراء تحقيق، فقد يطالب المحققون بالحصول على معلومات إضافية منك ومن مقدم الرعاية الصحية.

إذا تقدمت بشكوى ضد مقدم رعاية صحية، وأسفرت عن اتخاذ إجراءات تأديبية ضده، فما نوع التعويض الذي قد أحصل عليه من المجلس أو اللجنة أو الإدارة أو الفرد؟ يمكننا في بعض الظروف الخاصة والمحدودة مطالبة مقدم الرعاية الصحية برد أي أتعاب حصل عليها من العميل. لكننا لا نتمتع بأي سلطة متعلقة بتعويضات عن الممارسة الخاطئة. حيث يجب المطالبة بذلك أمام المحكمة المدنية.

ما نوع المنشآت الخاضعة لرقابة أو تنظيم الإدارة؟

- مراكز جراحات الإسعاف
- وكالات الصحة السلوكية
- مراكز الولادة
- دور إيواء الأطفال
- هيئات الرعاية الصحية في المنزل
- هيئات ومراكز رعاية المُحتضرين
- المُستشفيات
- الفنادق والنزل
- المختبرات السريرية ومعامل الفحوصات الطبية
- مساكن العمالة المؤقتة/مساكن المزارعين المهاجرين
- بعض أجزاء سجون الإصلاح بموجب اتفاقيات (غير مرافق الاحتجاز الاتحادية أو بالمدينة أو المقاطعة) (مثل: العيادات الصحية والصيدلانية)
- منشآت إقامة علاجية
- عيادات الصحة الريفية

يُرجى ملء استمارة الشكوى هذه وإرسالها عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني إلى العنوان أعلاه. يُرجى إمدادنا بأكبر قدر ممكن من المعلومات لتتمكن سلطة الانضباط من مراجعتها. إذا كان لديك أي تساؤلات إضافية بشأن إجراءات الشكوى، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 360-236-2620.

يُرجى إدراج المعلومات التالية:

- اسم أو أسماء مقدمي خدمات الرعاية الصحية من الأفراد الذين تزعم تقديمهم لرعاية دون المستوى القياسي، بالإضافة إلى تخصصاتهم المهنية.
- اسم أو أسماء المنشآت التي تزعم تفتيك رعاية دون المستوى القياسي فيها.
- العنوان المادي للمنشأة
- تاريخ/ تواريخ الخدمة
- وصف تفصيلي للواقعة (الوقائع) التي تود التبليغ عنها
- بيانات الاتصال بك - الاسم وعنوان المراسلة البريدية ورقم الهاتف.

هل يُسمح بتقديم شكوى دون التصريح باسمي؟

يكون من العسير التحقيق في الشكوى التي لا تحتوي على اسم الشخص المعني. لن تتلقى الشكاوى المقدمة من مجهول أي متابعة من جانب الإدارة

هل هناك أي وسائل لحماية كاشفي المخالفات؟

يمكن اعتبارك كاشفًا للمخالفات، وتُمنح حقوق السرية والخصوصية الممنوحة لكاشف المخالفات عملاً بأحكام [قانون واشنطن المنقح \(RCW 43.70.075\)](#).

ما الإجراءات التأديبية؟

عندما نتلقى بلاغاً بشأن أحد مقدمي خدمات الرعاية الصحية، نعمل على مراجعته ونقرر ما إذا كانت الواقعة أو الحادث المزعم ينطوي على مخالفة للقانون، وما إذا كنا نتمتع بالسلطة القانونية للتصرف بشأنه. إذا لم يتحقق هذا الشرطان، يُغلق الملف دون أي تحقيق.

أما إذا قررنا أن الادعاء قد يُعد انتهاكاً، وكنا نتمتع بالسلطة القانونية للتصرف بشأنه، فتسمح سلطة الانضباط بإجراء التحقيق. تضطلع سلطة الانضباط بإدارة كل حالة عن طريق الإجراءات الانضباطية. نتعاون مع جهات التحقيق وفريق من المستشارين القانونيين ومكتب المدعي العام لتحديد المخالفات وتقييم الأدلة عليها. إذا لم تدعم الأدلة المخالفة، فإننا نغلق الشكوى.

إذا اكتشفنا مخالفات، يتم عرض القضية على لجنة من أعضاء الإدارة، أو مجلس الإدارة أو لجنة مُختصة لاعتماد الإجراءات المُحتمل اتخاذها. وردت تفاصيل إجراءات الشكوى والإجراءات الانضباطية في قانون الإجراءات الإدارية، الباب

الرعاية الصحية إنهاء العلاقة. والاستثناء الوحيد من ذلك هو أنه لا يحق لمستشفى حرمان أي شخص من الدخول إلى رعاية الطوارئ. تلتزم المستشفى، على الأقل، بتقييم كل حالة ترد إليها قسم الطوارئ، وإذا لم تكن قادرة على توفير الرعاية اللازمة بنفسها، فيتحتّم عليها نقل المريض إلى مستشفى آخر قادر على تقديم الرعاية اللازمة.

هل يحق لمقدم الرعاية الصحية رفض تسليمي نسخة من سجلاتي الطبية بسبب مديونيتي لديه؟

يحق لمقدم الرعاية فرض رسوم على إصدار النسخ، حسبما نص عليه القانون أو اللائحة، قبل إصدار السجلات، لكن لا يحق له الامتناع عن تقديم السجلات بسبب مديونيتك له.

كيف أعرف أن شكواي قيد المعالجة؟

لن نقدم أي تفاصيل بشأن التحقيقات الجارية، ولكن قد تتلقى اتصالاً هاتفياً لاطلاعك على مُستجدات الحالة العامة لشكواك. ومع ذلك، عليك أن تتذكر أنه من المحتمل أن تتخذ الإجراءات التأديبية فترة طويلة نظراً لما تنطوي عليه من مسائل قانونية وطبية، لذا نقدر لك صبرك.

كم يستغرق من الوقت البت في الشكاوي؟

يتفاوت الوقت تبعاً لطبيعة الشكوى ومدى تعقيد الحالة. ويلزم التحلي بالصبر عند التعامل مع هذا الكم الكبير من المسائل القانونية والصحية. قد تستغرق بعض الحالات بضعة أسابيع، بينما قد يمتد بعضها لما يصل إلى عامين.

كيف يمكنني الحصول على نسخة من الملفات المتعلقة

بالتقارير أو الإجراءات التأديبية من الإدارة؟
يحق لأي فرد طلب نسخة من الملف. ولفعل ذلك، يمكنك تقديم طلب كتابي إلى وحدة الإفصاح العام (Public Disclosure Unit). نحصل رسوم قدرها 15 سنناً لكل ورقة على السجلات التي يتجاوز عدد صفحاتها 50 صفحة. ستتم مراجعة الملف وسيتم حذف أو حجب أي معلومات مُعفاة بموجب قانون السجلات العامة الوارد في [الباب رقم 42.56 من قانون واشنطن المنفتح \(RCW\)](#).

Public Disclosure Unit (وحدة الإفصاح العام)
P.O. Box 47865
Olympia, WA 98504
فاكس: 360-586-2171
pdrc@doh.wa.gov

ما دوري بعد تقديم الشكوى؟

قد يُطلب منك تقديم المزيد من المعلومات إما بخطاب أو في مقابلة. وقد يطلب منك التوقيع على استمارة إخلاء طرف للتنازل عن حَقك في السرية والخصوصية لإتمام التحقيق في شكواك. كما يحتمل مطالباتك بالمثل للشهادة في جلسة استماع رسمية إن لزم الأمر.

- خدمات صيدليات مستشفى الأمراض العقلية في الولايات الشرقية والغربية. تتم إحالة التقارير بشأن تلك المنشآت إلى مراكز خدمات الرعاية الطبية "Medicare" والمساعدة الطبية "Medicaid" لمراجعتها.
- المدارس الحكومية لذوي الإعاقات البصرية والسمعية

من يتخذ القرار؟

سمح المشرع لسكرتير وزارة الصحة بالإضافة إلى 14 مجلساً ولجنة، باتخاذ الإجراءات التأديبية ضد مقدمي خدمات الرعاية الصحية المخالفين للقانون. تتعاون المجالس واللجان مع الإدارة لتطوير إجراءات تسلّم بلاغات المخالفات والتحقيق فيها وتوقيع الإجراءات التأديبية المناسبة. لا تُتخذ أي إجراءات سوى ضد مقدمي الخدمة والمنشآت الملزمة بالحصول على ترخيص أو المُعتمدة أو المسجلة لدى الإدارة.

أرغب في تقديم شكوى ضد أطباء أو مقر أو عيادة طبيب أسنان. أتصل بمن؟

في الغالب لا تحتاج العيادات أو مكاتب مقدمي الخدمة إلى ترخيص. ولا تمتلك أي سلطة على مقدمي الخدمات من الأفراد إلا حال حصولهم على ترخيص أو إذا كانوا يمارسون أعمالاً تستلزم الحصول على ترخيص. لا تمتلك أي سلطة على أعضاء الفريق الإداري مثل موظفي الاستقبال أو مديري المكاتب.

أود تقديم شكوى ضد دار لإيواء البالغين أو دار ترميز أو مساكن إيواء دائمة. أتصل بمن؟

تخضع بعض المنشآت، مثل دور الترميز ومساكن الإيواء الدائم، لإدارة وتنظيم [إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية \(DSHS\)](#). ويمكنك تقديم شكوى لدى إدارة الخدمات الاجتماعية والصحية عبر الاتصال بهم على الرقم 800-562-6078. إذا حصل أحد مقدمي الخدمة من الأفراد العاملين في إحدى تلك المنشآت على ترخيص من وكالتنا، أو كان يُمارس وظيفة تستلزم الحصول على ترخيص منّا، فيمكنك تقديم شكوى ضد ذلك الشخص.

هل يجب أن أكون أنا المريض لتقديم شكوى؟

يمكن لأي شخص يعلم بشأن الممارسة غير المهنية لأي مقدم خدمات رعاية صحية، التقدّم ببلاغ.

ما الإجراءات التي يمكن للإدارة اتخاذها ضد مقدم الخدمة؟

تقتصر سلطة الانضباط على اتخاذ الإجراءات ضد اعتماد مقدم الرعاية الصحية لمنعه من إلحاق الضرر بالمريض. (راجع الإجراءات التأديبية أعلاه.)
أخبرني مقدّمو الرعاية الصحية بعدم رغبتهم في متابعتي كمريض بعد الآن. هل يمكنهم فعل ذلك؟
إذا لم تكن تعاني من مشكلة خطيرة، قد يسفر التقصير في معالجتها فوراً عن تهديد صحتك بالخطر، فيحق لمقدمي

كان مقدم الرعاية الصحية فظًا. هل هناك ما يمكنني فعله تجاهه؟

لا تُعدّ الفظاظ مخالفة للقانون. بينما تُعدّ الإجراءات المضللة أو المؤذية أو ذات الطابع الجنسي من الممارسات غير المهنية، وينبغي إبلاغ الإدارة بها. إذا لم تكن مرتاحًا لمقدم الرعاية الخاصة بك، فيمكنك البحث عن بديل له يناسبك بصورة أفضل.

هل توجد قيود زمنية على تقديم الشكوى؟

لا. ليس هناك حد زمني إلزامي عليك لتقديم الشكوى خلاله؛ ولكن، من المحتمل أن يتحول حينها لقضية لا يمكن النظر فيها بسبب أن المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار لم تُعدّ متوفرة. لذا فمن الأفضل الإبلاغ في أقرب وقت ممكن، ليتسنى الحصول على السجلات وسهولة العثور على الشهود المحتملين. من الجيد أن تدوّن ملاحظات مكتوبة بالظروف والملابسات في أقرب وقت بعد معايشتك لها حتى لا تنسى الوقائع. عند تقديم شكوى، يجب تحري الدقة بشأن الوقائع والتواريخ قدر الإمكان.

بمن أتصل إذا لم أوافق على مفردات فاتورتي؟

اتصل بمقدم الرعاية الصحية. لا تنتظر الإدارة ولا المجالس واللجان في النزاعات بشأن الفواتير، ما لم ينطوي الأمر على نصب بين. ويمكنك الاتصال بمكتب المدعي العام.

[Washington State Attorney General](#)
[Consumer Protection Division](#)
Fifth Ave., Suite 2000 800
Seattle, WA 98104
الهاتف: 800-551-4636

بمن أتصل إذا كانت لدي شكوى بشأن شركة التأمين الصحي؟

اتصل بمكتب مندوب التأمين في ولاية واشنطن

[Washington State Office of the Insurance](#)
[Commissioner](#)
P.O. Box 40255
Olympia, WA 98504
الهاتف: 800-562-6900

أريد الحصول على تأمين صحي. أتصل بمن؟
اتصل بـ

- [هيئة الرعاية الصحية](#) على الرقم 800-562-3022 من أجل [Apple Health \(صحة آبل\)](#)،
- [قسم الخدمات الصحية والاجتماعية](#) على الرقم 877-501-2232 لبرنامج Medicaid (برنامج التأمين الصحي المتميز)
- [الباحث عن خطة الرعاية الصحية في واشنطن](#) 855-923-4633

ما المقصود بالمخالفة؟

وتشمل مخالفات مقدمي الرعاية الصحية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الحالة العقلية أو النفسية: تضم هذه الحالة عدم أهلية مقدم الرعاية الصحية من الناحية العقلية أو النفسية لممارسة عمله بالمستوى المطلوب من المهارة والأمان ([قانون واشنطن المُنتَح RCW 18.130.170](#)).
- الممارسة غير المهنية: يُستخدم هذا المصطلح لوصف الممارسة أو التصرفات أو الظروف التي يعتبرها قانون هذه الولاية أمرًا غير مهني ([قانون واشنطن المُنتَح RCW 18.130.180](#)).
- الممارسة غير المُصرَّح بها: تسري هذه الفئة على أي ظروف تنطوي على ممارسة أي شخص أو مُنشأة خدمات الرعاية الصحية دون الحصول على الاعتماد المناسب في ولاية واشنطن ([قانون واشنطن المُنتَح RCW 18.130.190](#)).

ما الأمثلة على الأشياء التي لا تستطيع الإدارة والمجالس واللجان فعلها؟

- تحمّل رسوم النزاع بينك وبين مقدم الرعاية الصحية، أو رد الأموال التي تظن أنها من حقك إليك.
- اتخاذ إجراءات تأديبية ضد مقدمي خدمات الرعاية الصحية غير المُلزَمين باتباع لوائح الإدارة.
- الإجابة عن أي أسئلة متعلقة بتعويضات الإعاقة أو رد التأمين.
- حل المسائل المتعلقة بسوء أخلاقيات مقدمي الرعاية الصحية أو أعضاء فريقهم.
- حل المشكلات المتعلقة بالأخطاء الكتابية وسوء التفاهم.
- تقديم الاستشارات القانونية أو مساعدتك فيها. ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
 - إعفاء كاشف المُخالفة
 - مساعدتك في رفع قضية ضد مقدم الرعاية الصحية الخاص بك
 - توجيهك بشأن القضايا التي يرفعها مقدم الرعاية الصحية ضدك
 - التوصية بأحد المحامين
 - مناقشة جوانب شكواك قبل تقديمك بها. يجب أن تُراجع السلطة الانضباطية شكواك لاتخاذ القرار بشأن جوانبها.