



## CONSUMER & FAMILY GRIEVANCE/APPEAL FORM

消费者姓名:		日期:
出生日期 (月/日/年):	与消费者之关系:	
消费者地址:		
城市, 州, 邮政编码		
电话号码:	留言电话:	
服务地点:		
投诉/申诉说明 (如有需要, 请附上其它表格):		
您为解决此次投诉/申诉已经做过什么努力?		
您希望如何解决此次投诉/申诉?		
表格填写人:		
姓名:	电话:	

请勿填写此行以下内容

To be completed by BHCS Staff

### RESOLUTION TO GRIEVANCE/ APPEAL

BHCS Staff:		PSP Number:		
Description of the Grievance/Appeal Resolution:				
Consumer/Representative Contact:				
Date:	Time:	<input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Telephone	<input type="checkbox"/> Other:
Content:				
Date:	Time:	<input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Telephone	<input type="checkbox"/> Other:
Content:				