

申诉或上诉申请表

本表格用于提交申诉或上诉申请。如果您在填写本表格时需要帮助，可向您的服务提供者求助，或致电消费者援助热线：(800) 779-0787。提交本表格时，需一并提交已签署的《保密信息披露授权书》。申诉或上诉申请表可提交给您的服务提供者（医生、个案管理员、临床医生、项目主管等），或直接邮寄至消费者援助部门，地址：
2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。请填写本表的正反两面。

我希望提交：（请选择一项） ☐ 申诉 ☐ 上诉

☐ 如您请求通过快速上诉流程处理您的上诉，请在此处勾选（详见快速上诉的要求）

您的地址和电话号码十分重要。我们需要通过这些信息与您联系，告知申诉或上诉的处理结果。请用正楷体填写：

您的姓名：_____

您的地址：_____

您的日间联系电话：_____ 出生日期：_____

我们可以给上述号码留言吗？ ☐ 是 ☐ 否

当前服务提供者：_____

您的代理人（如适用）：_____

该人地址：_____

该人的日间联系电话：_____



请回答下列问题。如有需要, 可另附纸张。

问题是什么? _____

您为解决问题做过哪些努力? _____

您希望如何解决该问题? _____

消费者 (或消费者代表) 签名 日期

您不会因提交申诉或上诉而受到歧视或任何其他处罚。您的隐私将始终按照州和联邦法律得到保护。在上诉流程完成后, 您可请求举行州公平听证会。