

고충 또는 이의 제기

이 양식은 고충을 제기하거나 이의를 제기하기 위한 것입니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요한 경우, 귀하의 서비스 제공자에게 도움을 요청하거나 (800) 779-0787로 소비자 지원실에 전화하여 도움을 요청할 수 있습니다. **서명한 기밀 정보 공개 승인서를 이 양식과 함께 제출해야 합니다.** 고충 또는 이의 제기 신청서는 귀하의 서비스 제공자(MD, 사례 관리자, 임상 의사, 프로그램 슈퍼바이저 등)에게 제출하거나, 다음 주소로 소비자 지원실에 직접 우편으로 보낼 수 있습니다. 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **이 양식의 양면을 모두 작성해 주세요.**

제출 신청: (하나를 선택) ☐ 고충 제기 ☐ 이의 제기

☐ 신속 이의 제기 절차를 통해 이의 제기를 처리하도록 요청하는 경우 여기에 표시하십시오(신속 이의 제기 요건 참조)

귀하의 주소와 전화번호가 정확해야 합니다. 고충 또는 이의 제기 결과에 대해 귀하에게 연락을 취하려면 이 정보가 필요합니다. **정자체로 기재해 주세요:**

귀하의 이름: _____

귀하의 주소: _____

주간 연락 가능 전화: _____ 생년월일: _____

위 번호로 메시지를 남겨드릴까요? ☐ 예 ☐ 아니요

현재 서비스 제공자: _____

해당하는 경우, 귀하의 대리인: _____

대리인 주소: _____

대리인의 주간 연락 가능 전화: _____



다음 질문에 답해 주세요. 필요한 경우, 추가 페이지를 첨부하세요.

어떤 문제인가요? _____

해당 문제를 해결하기 위해 어떤 시도를 하셨나요? _____

어떤 해결책을 원하시나요? _____

 소비자(또는 소비자 대리인) 서명

 날짜

**귀하는 고충 또는 이의 제기서를 제출한 데 대해 어떤 차별이나 처벌을 받지 않습니다.
 귀하와 관련된 기밀 사항은 주 및 연방법에 따라 항상 보호됩니다. 귀하에게는 이의 제기
 절차가 완료된 후 주 공청회를 요청할 권리가 있음을 알려드립니다.**