

طلب تظلم أو استئناف

هذا النموذج يُستخدم لتقديم تظلم أو لطلب استئناف. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تعبئة هذا النموذج، يمكنك طلب المساعدة من مقدم الخدمة الخاص بك أو عن طريق الاتصال بخدمة مساعدة المستهلكين على الرقم 800-779-7797. يجب تقديم تفويض موقع الكشف عن المعلومات السرية مع هذا النموذج. يمكن تقديم طلب التظلم أو الاستئناف إلى مقدم الخدمة الخاص بك (الطبيب، مدير الحالة، المعالج، مشرف البرنامج، وما إلى ذلك) أو إرساله بالبريد مباشره إلى خدمة مساعدة المستهلكين على العنوان التالي: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606.

أرغب في تقديم: (اختر واحدة) تظلم استئناف

ضع علامة هنا إذا كنت تطلب معالجة استئنافك من خلال عملية الاستئناف العاجلة (انظر المتطلبات الخاصة بالاستئناف العاجل)

عنوانك ورقم هاتفك مهمان. نحتاج إلى هذه المعلومات للتواصل معك بشأن نتيجة التظلم أو الاستئناف. يرجى الكتابة بالحروف الكبيرة:

اسمك: _____

عنوانك: _____

هاتفك خلال النهار: _____

تاريخ الميلاد: _____

هل يمكننا ترك رسالة على الرقم المذكور أعلاه? نعم لا

المقدم الحالى للخدمة:

إن كان ذلك مناسباً، الشخص الذي يمتلك:

عنوانه:

رقم هاتفه خلال النهار:

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية. أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

ما هي المشكلة؟

ما الذي فعلته لمحاولة حل المشكلة؟

ماذا تريّد أن يكون الحل؟

توقيع المستهلك (أو ممثل المستهلك) التاريخ

لن تكون عرضة لأي تمييز أو أي عقوبة أخرى بسبب تقديم تظلم. ستتم
حماية سريتك في جميع الأوقات وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي.
إعلامك بحقك في طلب جلسة استماع عادل من الولاية بعد الانتهاء من
عملية الاستئناف.