

## 申訴或上訴申請

此表單用於提出申訴或申請上訴。如填寫本表時需要協助，請向醫療保健提供者尋求協助，或致電 (800) 779-0787 聯絡消費者協助部門。提交本表單時需隨附已簽署的**披露機密資訊授權書**。您可以向醫療保健提供者（醫生、個案經理、臨床醫生、計劃主管等）提交申訴或上訴申請，或直接郵寄至消費者援助辦公室，地址如下：2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. 本表兩面皆需填寫。

我想要提出：（選擇一項） ☐ 申訴 ☐ 上訴

☐ 如果您要求透過加急上訴流程處理上訴，請勾選此處（請參閱加急上訴的要求）

請務必填寫您的地址和電話號碼。我們需要這些資訊，才能通知您申訴或上訴結果。**請正楷書寫：**



您的姓名：\_\_\_\_\_

您的地址：\_\_\_\_\_

您的日間電話：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

我們是否能在上面的電話號碼留言？ ☐ 是 ☐ 否

目前醫療保健提供者：\_\_\_\_\_

代表您的人士（如適用）：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

日間電話：\_\_\_\_\_



請回答下列問題。如有需要，請附上其他頁面。

您的問題？\_\_\_\_\_

---

---

---

---

您嘗試過哪些解決方法？\_\_\_\_\_

---

---

---

---

您希望的解決方案？\_\_\_\_\_

---

---

---

---



---

消費者（或消費者代表）簽名

---

日期

**您不得因提出申訴而遭受歧視或任何其他處罰。**  
**我們將根據州法和聯邦法，隨時保護您的機密資訊。**  
**完成上訴流程後，您得以要求舉行州公平聽證會。**