

شکایت یا نارضایتی یا درخواست تجدید نظر

از این فرم برای ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر استفاده می شود.
اگر برای تکمیل این فرم به کمک نیاز دارید، می توانید از ارائه دهنده تان کمک بگیرید یا از طریق شماره 779-0787 (800) با بخش کمک مصرف کننده تماس بگیرید. باید یک فرم امضا شده "اجازه انتشار اطلاعات محرمانه" را به همراه این فرم ارسال کنید. شکایت یا درخواست تجدید نظر تان را می توانید برای ارائه دهنده تان ارسال کنید (MD، مدیر پرونده، مسئول کلینیک، ناظر برنامه یا دیگر افراد) یا آن را مستقیماً به آدرس زیر بفرستید: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. هر دو قسمت این فرم را پر کنید.

می خواهم برای مورد زیر درخواست دهم: (یک مورد را انتخاب کنید)
☐ شکایت ☐ درخواست تجدید نظر

☐ اگر می خواهید درخواستتان از طریق "روند تجدید نظر سریع" مورد رسیدگی قرار بگیرد (به شرایط لازم برای درخواست تجدید نظر مراجعه کنید)

آدرس و شماره تلفن اطلاعات مهمی هستند. برای تماس با شما و اطلاع رسانی درباره نتایج بررسی "شکایت" یا "درخواست تجدید نظر" به این اطلاعات نیاز داریم. لطفاً با حروف بزرگ بنویسید:

نام: _____

آدرس: _____

تلفن برای طول روز: _____

تاریخ تولد: _____

آیا می توانیم به شماره عنوان شده در بالا پیام بگذاریم؟ ☐ بله ☐ خیر

ارائه دهنده فعلی: _____

در صورت وجود نماینده شخصی، نام او را عنوان کنید: _____

آدرس: _____

تلفن تماس در طول روز: _____

لطفاً به سؤال های زیر پاسخ دهید. در صورت نیاز چند صفحه دیگر اضافه کنید.

چه مشکلی وجود دارد؟ _____

برای برطرف کردن مشکل چه کاری انجام داده اید؟

می خواهید چه راهکاری ارائه شود؟

امضای مصرف کننده (یا نماینده مصرف کنند) تاریخ

در صورت ارائه شکایت یا درخواست تجدید نظر، هیچ تبعیضی در مورد شما اعمال نخواهد شد و جریمه نخواهید شد. در همه زمان محرماتنگی شما با توجه به قوانین فدرال و ایالتی حفظ می شود. بعد از تکمیل روند تجدید نظر می توانید برای "بازبینی ایالتی" درخواست دهید.