

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, 임상의사, 프로그램 수퍼바이저 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.