申訴與上訴表

-將填寫完的表單置於郵資已付的信封寄出或是寄至以下地址-

客戶姓名 _____ **出生日期** _____

地址 _____ **電話號碼**_____ **最佳聯絡方式**_____

要求類型 (勾選一項)： ☐ 申訴 ☐ 上訴 ☐ 加快上訴 (*有關每種類型的定義，請參閱參考傳單)*

我的疑問或是疑慮與以下計畫或醫療提供者有關： _____

請描述疑問或是疑慮： _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

我希望得到的結果： _____

_____

_____

_____

本人瞭解自己不會因為提出申訴或是要求上訴或舉行州聽證會而受到歧視。

客戶或是法定監護人的簽名 _____ 日期 _____

本人授權以下人員作為本人的代表 *(選填)* _____

授權人員簽名 (如果不是由客戶或是法定監護人簽名) _____ 日期 _____