

申訴或上訴申請表

本申請表用於提出申訴或申請上訴。如您填寫本申請表時需要協助，可向您的醫療機構求助，或致電消費者協助中心，電話號碼是 (800) 779-0787。提交本申請表時，需連同附有簽名的**機密資訊披露授權書**一起提交。您可將「申訴或上訴申請表」交給您的醫療機構（醫學博士、案例管理員、臨床醫生、專科主任等），也可以直接郵寄給消費者協助中心，地址是：2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。請填妥此表格的正反兩面。

我想要提出：(單選) 申訴 上訴

如果您要透過「加急上訴」程序處理您的上訴，請勾選此處 (請參閱「加急上訴」相關條件)

請務必填寫您的地址與電話號碼，我們需要此聯絡資訊才能通知您申訴或上訴的結果。
請以正楷填寫：

您的姓名：_____

您的地址：_____

您的日間聯絡電話：_____ 生日：_____

我們是否能使用上述電話號碼留言？是 否

現用醫療機構：_____

您的個人代表 (如果有的話)：_____

他們的地址：_____

他們的日間聯絡電話：_____



請回答下列問題。如有需要，可附加其他資料頁。

請敘述您的問題： _____

您採取了什麼行動來解決上述問題？ _____

您想要採用何種解決辦法？ _____

消費者 (或消費者的代表) 簽名

日期

**您不會因提出申訴或上訴而遭到歧視
或任何其他懲處。您的個人資訊將一律按照州法律及聯邦法律予以保密。上訴程序結束後，
您可要求舉行「州公平聽證會」。**