



CONSUMER & FAMILY GRIEVANCE/APPEAL FORM

消費者姓名：		日期：
出生日期 (月/日/年)：	與消費者之關係：	
消費者地址：		
城市，州，郵遞區號		
電話號碼：	留言電話：	
服務地點：		
投訴/申訴說明 (如有需要，請附上其他表格)：		
您為解決此次投訴/申訴已經做過什麼努力？		
您希望如何解決此次投訴/申訴？		
表格填寫人：		
姓名：	電話：	

請勿填寫此行以下內容

To be completed by BHCS Staff

RESOLUTION TO GRIEVANCE/ APPEAL

BHCS Staff:		PSP Number:		
Description of the Grievance/Appeal Resolution:				
Consumer/Representative Contact:				
Date:	Time:	<input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Telephone	<input type="checkbox"/> Other:
Content:				
Date:	Time:	<input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Telephone	<input type="checkbox"/> Other:
Content:				