



فرم شکایت / استیناف مصرف کننده و خانواده

نام مصرف کننده:	تاریخ:
تاریخ تولد (سال/روز/ماه):	رابطه با مصرف کننده:
آدرس مصرف کننده:	
کد پستی، ایالت، شهر	
شماره تلفن:	شماره پیام گیر:
محل ارائه خدمات:	
شرح شکایت / استیناف (در صورت لزوم می توانید ورقه های دیگری را ضمیمه کنید):	
برای حل این شکایت / استیناف تاکنون چکار کرده اید؟	
چگونه مایل هستید که این شکایت / استیناف حل شود؟	
شخص پر کننده فرم:	شماره تلفن:
نام:	

در زیر این خط چیزی ننویسید  
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:				