



酒精、药物和心理健康服务
MANUEL JIMENEZ 主任, 婚姻与家庭治疗硕士

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / 听障专线 (510) 567-6884
免费热线: 1 (800) 779-0787
传真: (510) 639-1346

投诉或申诉申请表

此表用于提出投诉或请求申诉。如果您在填写此表时需要协助, 可求助于您的医师/医疗机构, 或者拨打消费者援助专线 (800) 779-0787 或病患权益专线 (510) 835-2505。需随此表一并提交已署名的**机密信息披露授权书**。投诉或申诉申请表可提交给您的医师/医疗机构 (心理健康医师、病例管理师、临床医师、计划主管等) 或直接寄往消费者援助办公室, 地址为: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。此表两面均需填写。

我要提出: (选择其一) 投诉 申诉

如需通过加急申诉流程提出申诉, 请勾选此处 (详见加急申诉要求)

请务必填写地址和电话号码, 我们需要通过这些信息来向您告知您投诉或申诉处理结果。
请工整填写:

您的姓名: _____

您的地址: _____

您的日间电话: _____ 出生日期: _____

此号码是否允许留言? 是 否

当前医师/医疗机构: _____

您的代表 (如适用): _____

代表地址: _____

代表日间电话: _____

~翻页~



请回答下列问题。如有需要可另附页面。

需要反映什么问题? _____

您已采取哪些行动来尝试解决该问题? _____

您希望得到什么解决方案? _____

消费者（或消费者代表）签名

日期

**您不会因为提出投诉或申诉而遭受歧视或任何其他
惩罚措施。您的隐私始终受加州和联邦法律保护。在投诉或申诉流程结束后，您可以申
请举行加州公平实践听证会。**