

投诉或上诉申请

本申请表用于提起投诉或申请上诉。如果您在填写申请表时需要协助, 您可以向您的提供商寻求帮助, 或致电 (800) 779-0787 联系消费者援助。本申请表需连同附有签名的 **机密信息披露授权** 一并提交。投诉或上诉申请可以提交给您的提供商 (医学博士、病例管理员、临床医师、项目主管等), 也可以直接邮寄给消费者援助, 地址为 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。本申请表正反两面都需要填写。

我想要提起: (单选) 投诉 上诉

如果您申请通过加急上诉流程处理您的上诉, 请勾选此处 (查看加急上诉的要求)

请务必填写您的地址和电话号码。我们需要这些联系信息通知您关于投诉或上诉的结果。
请以正楷书写:

您的姓名: _____

您的地址: _____

您的日间联系电话: _____ 出生日期: _____

我们是否可以通过上述信息留言#? 是 否

当前提供商: _____

您的授权代表 (如有): _____

代表的地址: _____

代表的日间联系电话: _____



请回答以下问题。如有需要，请附加其它页面。

您的问题是什么? _____

为尝试解决此问题，您采取了哪些行动_____

您希望的解决方案是什么? _____

消费者（或消费者的代表）签名

日期

**您不会因提起投诉或上诉
而受到歧视或任何其它处罚。您的机密信息将始终按照州和联邦法律予以保护。上诉流
程结束后，您还可以申请州事务听证。**