

**불만 또는 이의 신청**

본 양식은 불만 제기 또는 이의 신청에 사용됩니다. 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 담당 서비스 제공자에게 도움을 요청하시거나 (800) 779-0787 번으로 소비자 지원부서로 전화하십시오. 서명된 **기밀정보 공개 승인서**를 이 양식과 함께 제출해야 합니다. 불만 제기 또는 이의 신청은 귀하의 서비스 제공자(MD, 사례 관리자, 임상사, 프로그램 감독자 등)에게 제출하거나 소비자 지원부서에 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606 으로 직접 우편을 보내실 수 있습니다. 이 양식의 양면을 모두 작성하십시오.

본인은 다음을 신청합니다. (한 가지 선택)     불만 제기     이의 신청

이의 신청을 신속 이의 처리 과정을 통해 처리되도록 요청하시는 경우, 여기에 체크 표시하십시오. (신속 이의 신청 요건 참조)

귀하의 주소와 전화번호는 중요합니다. 이러한 정보는 불만 제기 또는 이의 신청 결과에 대해 귀하께 연락하기 위해 필요합니다. **출력하십시오.**

귀하의 이름: \_\_\_\_\_

귀하의 주소: \_\_\_\_\_

귀하의 주간 전화번호: \_\_\_\_\_      생년월일: \_\_\_\_\_

위 번호로 메시지를 남길 수 있습니까?     예     아니요

현재 서비스 제공자: \_\_\_\_\_

해당하는 경우, 귀하의 대리인: \_\_\_\_\_

대리인 주소: \_\_\_\_\_

대리인 주간 전화번호: \_\_\_\_\_



다음 질문에 대해 주십시오. 필요한 경우, 추가 페이지를 첨부하십시오.

문제가 무엇입니까? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

문제를 해결하기 위해 무엇을 하셨습니까? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

어떤 해결책을 바라십니까? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
소비자(또는 소비자의 대리인) 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

*귀하는 불만 제기 또는 이의 신청에 대해 차별 또는 다른 어떤 불이익도 받지 않을 것입니다. 귀하의 기밀 정보는 주 및 연방법에 따라 항상 보호됩니다. 이의 제기 절차가 완료된 후에는 주 정부 공정 심의회(State Fair Hearing)를 요청할 수 있습니다.*