Behavioral Health Department
Alameda County Health

□□□□□□□
□□□□□□1 (800) 779-0787
□□□□□□□□□□□□□□□□
□ 711

□□□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□

第 2 頁，共 2 頁

Grievance Form_Chinese Traditional

____

____

您採取了什麼行動來解決上述問題？_____________________________

____

____

____

____

您想要採用何種解決辦法？______________________________________

____

____

____

____

____ _____________________

消 費者 (或消費者的代表) 簽名 日期

您不會因提出申訴或上訴而遭到歧視
或任何其他懲處。您的個人資訊將一律按照州法律及聯邦法律予以保密。上訴程序結束後，您可要求舉行「州公平聽證會」。