



申訴與上訴表

會員姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_ 最佳聯絡方式 \_\_\_\_\_

要求類型 (勾選一項)：  申訴  上訴  加快上訴 (有關每種類型的定義，請參閱參考傳單)  
我的疑問或是疑慮與以下計畫或醫療提供者有關： \_\_\_\_\_  
請描述疑問或是疑慮： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
我希望得到的結果： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

本人瞭解自己不會因為提出申訴或是要求上訴或舉行州聽證會而受到歧視。  
會員/法定監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
本人授權以下人員作為本人的代表 (選填) \_\_\_\_\_  
授權代表簽名 (如果會員/法定監護人未簽名) \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

將填妥的表格放入郵資已付的信封中郵寄，或郵寄至 BHS 申訴/上訴辦公室(BHS Grievance/Appeal Office, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103) 或發送電子郵件至 [BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org](mailto:BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org)