



Форма жалобы и апелляции

Имя участника _____ Дата рождения _____
Адрес _____ Телефон _____ Способ связи _____

Тип требования (выбрать один вариант): Жалоба Апелляция Ускоренная апелляция *(определение типов требований см. в информационном пакете)*

Моя проблема или беспокойность касается следующей программы или поставщика услуг: _____

Описать проблему или беспокойность: _____

Желаемый результат: _____

Я понимаю, что не буду объектом дискриминации в результате подачи жалобы или апелляции либо запроса проведения слушания на уровне штата.
Подпись участника или законного опекуна _____ Дата _____
Я уполномочиваю следующее лицо действовать от моего имени *(необязательно)* _____ Дата _____
Авторизованная подпись, если она не подписана участником или законным опекуном _____ Дата _____

Отправьте заполненную форму в конверте с оплаченными почтовыми расходами или в отдел рассмотрения жалоб и апелляций BHS, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103, или отправьте электронное письмо по адресу BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org