San Francisco Health Network
Behavioral Health Services

Biểu Mẫu Khiếu Nại và Kháng Cáo

Tên thành viên _____ **Ngày sinh** _____

Địa chỉ _____**Điện thoại**_____ **Cách tốt nhất để liên hệ**_____

Loại yêu cầu (tích vào một lựa chọn):☐ Khiếu nại ☐ Kháng cáo ☐ Kháng Cáo Cấp Tốc (*xem tài liệu được phát để có định nghĩa về từng loại)*

Vấn đề hoặc quan ngại của tôi là về chương trình hoặc nhà cung cấp dịch vụ sau: _____

Mô tả vấn đề hoặc quan ngại: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Điều tôi muốn diễn ra: _____

_____

_____

_____

Tôi hiểu rằng tôi sẽ không bị phân biệt đối xử vì nộp đơn khiếu nại hoặc yêu cầu kháng cáo hay Phiên Điều Trần Tiểu Bang.
Chữ ký của thành viên/người giám hộ hợp pháp_____ Ngày _____
Tôi ủy quyền cho người sau đây hành động thay cho tôi (*tùy chọn*) _____
Chữ ký của người được ủy quyền nếu không có chữ ký của thành viên/người giám hộ hợp pháp _____ Ngày _____

Gửi mẫu đã điền đầy đủ trong phong bì đã trả bưu phí hoặc gửi đến Văn phòng Khiếu nại/Khiếu nại BHS, 1380 Howard Street, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103 hoặc gửi email đến BHS.GrievanceAppeal@sfdph.org