



酒精、藥物與心理健康服務
 MANUEL JIMENEZ 主任，婚姻與家庭治療碩士

Quality Assurance Office
 Consumer Assistance
 2000 Embarcadero Cove, Suite 400
 Oakland, California 94606
 (510) 567-8100 / 聽障專線 (510) 567-6884
 免付費專線：1 (800) 779-0787
 傳真：(510) 639-1346

投訴或申訴申請表

本表用於提出投訴或申訴。填寫表格時如需相關協助，可以向您的醫師/醫療機構洽詢，也可以致電消費者協助專線 (800) 779-0787 或病患權益專線 (510) 835-2505。除本表之外，您還必須提交一份簽名的機密資訊披露授權書。您可以將投訴或申訴申請表交給您的醫師/醫療機構 (心理健康醫師、個案經理、臨床醫師、計畫督導等)，也可以直接郵寄至消費者協助辦事處，地址是：2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606。本申請表雙面皆須填寫完整。

我想要提出：(請選擇一項) 投訴 申訴

如果您要申請加快申訴 (請參閱加快申訴條件)，請勾選此處

請務必填寫您的地址和電話號碼。我們需要利用這項資訊與您聯絡，以便將投訴或申訴結果告知您。請以正楷填寫：

您的姓名：_____

您的地址：_____

日間聯絡電話：_____ 出生日期：_____

上述號碼是否允許留言？ 是 否

目前的醫師/醫療機構：_____

您的代理人 (如果有)：_____

代理人的地址：_____

代理人的日間聯絡電話：_____

~翻頁~



請回答下列問題， 如有必要可增加頁數。

您要投訴/申訴的問題是什麼？ _____

您試過哪些解決問題的方法？ _____

您希望如何解決？ _____

消費者 (或消費者的代理人) 簽名

日期

您不會因為提出投訴或申訴而遭受歧視或任何其他處罰。我們會遵守州法和聯邦法保障您的隱私權。您可以在完成投訴或申訴程序之後要求舉行加州公平聽證會。