



您是否需要语言协助？ 是 否  
语言： \_\_\_\_\_

您是否有任何身体或其他限制导致您无法参加申诉会议？ 是 否

如果您回答“是”，请说明：

我知道并理解 Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan（简称为“Health Plan”）将在 30 天内解决我的申诉。

我知道并理解我的援助是自愿的。但是，如果不这样做，可能会影响我的申诉。

**我知道并理解我有权：**

- 退保；
- 联系管理式健康护理部 (DMHC)；
- 要求举行州公平听证会（仅限 Medi-Cal 会员）。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

**我批准 Health Plan 获取以下信息，以便代表我解决申诉：**

- 病历；
- 索赔记录；
- 解决我的申诉所需的其他资料。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

有人帮助您填写此表格吗？ 是 否

如果您回答“是”：

姓名 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_