



Tên Hội Viên _____
Họ _____ Tên _____ Tên Đệm Viết Tắt _____

Địa Chỉ Hội Viên _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

ID Hội Viên _____ Ngày Sinh _____ Giới Tính _____

Tên Bác Sĩ Chăm Sóc Chính _____

Phản Nản

Vấn đề đã xảy ra ở đâu? (Tên bệnh viện, phòng khám của bác sĩ hoặc địa điểm khác)

Vấn đề đã xảy ra khi nào? (Ghi cả ngày tháng)

Những ai có liên quan đến vấn đề?

Vui lòng mô tả việc đã xảy ra: (Đính kèm thêm trang nếu cần)



Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề này chưa? ☐ Có ☐ Không
Nếu quý vị trả lời “Có”, vui lòng giải thích:

Quý vị muốn chúng tôi làm gì để giải quyết vấn đề này?

Quý vị có cần hỗ trợ ngôn ngữ không? ☐ Có ☐ Không

Ngôn ngữ: _____

Quý vị có bị hạn chế về thể chất hoặc hạn chế khác khiến quý vị không thể tham dự cuộc họp khiếu nại không? ☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “Có”, vui lòng giải thích:

Tôi biết và hiểu rằng Health Plan of San Joaquin/
Mountain Valley Health Plan (“Chương Trình Bảo Hiểm Sức
Khỏe”) sẽ giải quyết khiếu nại của tôi trong vòng 30 ngày.

Tôi biết và hiểu rằng tôi hỗ trợ trên cơ sở tự nguyện. Tuy nhiên,
việc không hỗ trợ có thể ảnh hưởng đến khiếu nại của tôi.



Tôi biết và hiểu rằng tôi có quyền:

- Hủy ghi danh;
- Liên hệ Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Có Quản Lý (DMHC);
- Nộp đơn yêu cầu Phiên Điều Trần Công Bằng Cấp Tiểu Bang (chỉ dành cho hội viên Medi-Cal).

Chữ Ký _____ Ngày _____

Tôi chấp thuận cho Chương Trình Bảo Hiểm Sức Khỏe thực hiện những điều sau đây để giải quyết khiếu nại thay mặt tôi:

- Hồ sơ y tế;
- Hồ sơ yêu cầu bảo hiểm;
- Dữ liệu cần thiết khác để giải quyết khiếu nại của tôi.

Chữ Ký _____ Ngày _____

Có ai hỗ trợ quý vị hoàn thành biểu mẫu này không?

☐ Có ☐ Không

Nếu quý vị trả lời “Có”:

Tên _____ Mối Quan Hệ _____

Địa Chỉ _____ Số Điện Thoại _____

Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Mã Zip _____

Chữ Ký _____ Ngày _____