

불만 또는 이의 제기 양식

불만 사항을 제기하려면 다음 양식을 사용하십시오:

불만 제기는 행동 건강 서비스에서 제공하는 치료의 모든 측면과 관련하여 불만을 표현하는 절차입니다. 아래 정보를 기입하고 본 양식 옆에 미리 주소가 적힌 봉투를 사용하여 불만 사항을 제출할 수 있습니다. (800) 668-4240 또는 (866) 308-3074 번으로 환자 권리 옹호 서비스에 전화하실 수 있습니다

이의를 제기하시려면 해당 상자를 선택하고 아래 정보를 기입하십시오.

고객 정보

이름: _____ 성: _____

생년월일 월: _____ 날짜: _____ 년: _____

주소: _____

시: _____ 주 _____ 우편번호: _____

휴대폰 번호: _____

프로그램 정보:

고객이 서비스를 받고 있는 프로그램 이름.

프로그램의 도로 주소, 시, 주, 우편번호

귀하의 우려 사항이나 불만 사항을 간략하게 기입해 주십시오.

이 양식을 작성하지만 귀하가 서비스를 받는 고객이 아닌 경우, 귀하와 고객의 관계를 알려 주십시오: _____

본인 성명 _____ 본인 전화 번호 _____

환자 또는 법적 대리인 서명

날짜