

客户申诉或上诉表

我们需要能够与您取得联系。请提供信息，以便在您离开本机构后也能轻松与您取得联系。

姓名: _____

地址: _____

计划/机构名称: _____

电话号码: _____

电子邮件: _____

问题描述: (如需要更多空间, 请用背面)

尽快与我们联系。我们会尝试在您还在机构内时快速解决问题。可用回邮信封将此表寄给犹太家庭服务 (JFS)。

JFS - Patient Advocacy
8804 Balboa Avenue, San Diego, CA 92123

电话: 619-282-1134 或
1-800-479-2233

什么是申诉或上诉?

- “申诉”是对您不满意服务的*任何*表达。
- 心理健保计划拒绝、减少或停止服务授权时, 即可提出“上诉”。
- 如果您或您的医护提供者能证明, 标准上诉时间可能严重危及您的生命、健康或身体功能时, 即可提出“加急上诉”。

机构通知: 此申诉表必须提供给客户, 而无需向工作人员索取。此申诉表和流程不应由任何内部机构申诉或投诉流程取代。