

Đơn Khiếu nại/Phản hồi Dành cho Thân chủ Của CareOregon



Ý kiến phản hồi của quý vị rất quan trọng đối với chúng tôi. Chúng tôi muốn khắc phục sự cố này để tránh tình trạng tái diễn. Cảm ơn quý vị đã chia sẻ ý kiến với chúng tôi.

Tên của quý vị: _____

Số điện thoại của quý vị: _____

Tên thân chủ

(nếu quý vị không phải là thân chủ): _____

Số ID OHP và/hoặc ngày sinh của thân chủ: _____

Vui lòng cho chúng tôi biết những gì đã xảy ra.

(Nếu cần thêm chỗ trống, vui lòng sử dụng mặt sau của đơn).

Việc này xảy ra khi nào?

Việc này liên quan đến ai?

Vui lòng đính kèm bất cứ tài liệu nào mà có thể giúp chúng tôi xử lý khiếu nại này.

Ví dụ: thư thông báo, thư báo từ chối cung cấp dịch vụ, hóa đơn hoặc chứng thư của bác sĩ, thư hoặc email giữa thân chủ và các bên khác, chẳng hạn như Bộ Dịch vụ Y tế (Department of Health Services), Cơ quan Y tế Oregon (Oregon Health Authority), hoặc CareOregon.

Quý vị muốn điều gì xảy ra bây giờ?

Thông tin về đại diện được ủy quyền:

Tên: _____ 18 tuổi trở lên: Có Không

Tổ chức: _____ Email: _____

Địa chỉ nơi nhận thư: _____

Điện thoại: _____ Chữ ký _____

Đánh dấu vào đây nếu một người khác đang nộp đơn này thay cho quý vị.

Gửi đơn hoàn chỉnh đến:

CareOregon Attn: Grievance Coordinator

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

Fax: 503-416-1313

E-mail: customerservice@careoregon.org

Quý vị có thể nhận thư này bằng một ngôn ngữ khác, theo định dạng chữ in lớn, chữ nổi braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu được thông dịch viên hỗ trợ. Trợ giúp này là miễn phí. Gọi 503-416-4100 hoặc TTY 711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi chuyển tiếp.