

Бланк подачи жалобы/отзыва участника программы CareOregon



Ваш отзыв очень важен для нас. Мы хотим исправить проблему, чтобы она не повторилась. Спасибо, что рассказали нам об этом.

Ваше имя, фамилия: _____

Ваш номер телефона: _____

Имя, фамилия участника
(если вы не являетесь участником): _____

Идентификационный номер участника программы ОНР и/или дата рождения: _____

Пожалуйста, расскажите нам о том, что произошло. (Если вам требуется дополнительное пространство, используйте оборотную сторону этого бланка.)

Когда это произошло?

Кто был вовлечен?

Пожалуйста, приложите любые документы, которые могут помочь нам в рассмотрении жалобы.

Например, уведомления, отказы в обслуживании, счета или заявления от врачей, письма или электронные письма между участником и другими лицами, такими как представители Департамента здравоохранения, Управления здравоохранения штата Орегон или программы CareOregon.

Каковы ваши пожелания в данный момент?

Информация об уполномоченном представителе:

Имя, фамилия: _____ Возраст 18 лет и старше: Да Нет

Организация: _____ Адрес эл. почты: _____

Почтовый адрес: _____

Номер телефона: _____ Подпись _____

Отметьте, если бланк заполняется от вашего лица кем-либо другим.

Отправьте заполненный бланк по адресу:

CareOregon Attn: Grievance Coordinator

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

По факсу: 503-416-1313

По эл. почте: customerservice@careoregon.org

Вы можете получить это письмо на других языках, напечатанное крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом формате. Вы также можете запросить услуги переводчика. Эта помощь предоставляется бесплатно. Позвоните по тел. 503-416-4100 или ТТУ для слабослышащих 711. Мы принимаем звонки по линии трансляционной связи.