보건복지부 캘리포니아 공중 보건국

약물 및 보험 지원 프로그램
불만 사항 양식

지침

이 양식의 사용은 선택 사항입니다. 이 양식을 사용하거나 사용하지 않고도 서면으로 이메일이나 팩스로 불만 사항을 제출할 수 있습니다. 그러나 이 양식의 모든 섹션을 작성하여 제출하면 캘리포니아 공중보건국(California Department of Public Health; CDPH), 에이즈 사무국(Office of AIDS; OA), 에이즈 약물 지원 프로그램(AIDS Drug Assistance Program; ADAP) 및/또는 사전 노출 예방 지원 프로그램(Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program; PrEP-AP)에서 귀하의 우려 사항에 효율적으로 대응하는 데 도움이 됩니다. 이 양식을 사용 여부와 무관하게 우리는 귀하의 우려 사항을 심각하게 받아들이고 안전한 이메일을 통해 답변하겠습니다. 귀하가 제기한 문제를 신속하게 해결하기 위해 최선을 다하겠습니다. 이 불만 사항의 처리 상태를 확인하려면 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 5시(공휴일 제외)까지 (844) 421-7050으로 고객 서비스 콜센터에 문의하세요.

연락처 정보:

이름: _____

피보호자 ID 번호 (해당되는 경우): _____

이메일 주소: _____

전화번호: _____

이 전화번호로 메시지를 남겨도 됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오

아닐 경우, 연락받기 가장 좋은 시간은 언제입니까? _____

해당되는 모든 항목을 선택하세요:

☐ 저는 ADAP 피보호자입니다
☐ 저는 등록 담당자입니다
☐ 저는 약사입니다
☐ 저는 PrEP-AP 피보호자입니다
☐ 저는 PrEP-AP 제공자입니다
☐ 위의 어느 것도 해당 없음

불만 사항 세부 사항:

사건 날짜: _____

이 사건의 관련자는 누구입니까? (해당되는 모든 것을 선택하세요)

ADAP 콜센터 직원
ADAP 직원
등록 담당자
진료소/의사
약국/약사
Pool Administrators Inc. (PAI)
Prime Therapeutics
기타

관련 개인 및/또는 등록 사이트 이름(해당되는 경우):

_____

_____

귀하의 우려 사항과 불만족스러운 상황으로 이어진 조치 또는 조치 없음을 설명해 주시고, 이 사건이 어떻게 해결되기를 바라는지 말씀해 주세요. 더 많은 공간이 필요할 경우 추가 페이지와 불만 사항을 뒷받침하는 서류를 첨부하세요.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

추가 페이지나 지원 문서가 첨부되어 있습니까?

예 추가 페이지 수 _____

아니오

지원 서류 유형: _____

_____

1977년 정보 관행법(캘리포니아 CC, 섹션 1798.17) 및 연방 개인정보보호법(5 USC 552a, 하위항목 (3))은 개인의 개인정보를 수집하는 경우 먼저 이 고지 사항을 제공하도록 요구합니다. CDPH, OA, ADAP는 문의하신 문제를 해결하기 위해 귀하의 신원을 확인하고 도움을 드리기 위해 이 양식에 요청된 정보를 요청합니다. 이 양식에 요청된 정보를 제공하는 것은 자발적입니다. 이 양식에 요청된 모든 정보를 제공하지 않더라도 저희는 여전히 귀하의 문제를 해결하기 위해 최선을 다하겠습니다. 그러나 누락된 정보로 인해 문제 해결이 지연되거나 불가능할 수도 있습니다. 이 양식에 요청된 정보는 귀하가 누구인지, 귀하에게 제공할 수 있는 지원이 무엇인지 파악하는 데 사용되며, 또한 그러한 지원이 지연되거나 방해되는 장애물이 있는지 확인하는 데 사용됩니다.

본 정보의 관리를 허가하는 법적 참고 자료: 건강 및 안전법(Health and Safety Code)제120950조 ~ 제120971조 및 건강 및 안전법 제131085조.

이 정보는 귀하의 우려 사항을 해결하기 위해 필요하거나 도움이 될 경우 OA 계약자 및 제공자에게 공개될 수 있습니다. 법률에서 접근을 면제하지 않는 한, 귀하는 CDPH가 보관하는 귀하의 개인 정보를 검토할 권리가 있습니다. CDPH, OA(주소: 1616 Capitol Avenue, Sacramento, CA 95814, MS 7700 P. O. Box 99726, Sacramento, CA 95899-7426)에 연락하여 개인 정보를 요청할 수 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

귀하의 서면 불만 사항을 ADAP/PrEP-AP에 제출하십시오.

이메일: CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov

팩스: (844) 421-8008