# Mga Programang Pantulong kaugnay ng Gamot at Insurance (Medication and Insurance Assistance Programs) Form para sa Hinaing

## Mga Tagubilin:

Ang paggamit ng form na ito ay opsyonal. Maaari ka ring magsumite ng nakasulat na hinaing sa pamamagitan ng email o fax gamit man o hindi ang form na ito. Gayumpaman, ang pagkumpleto ng lahat ng seksyon ng form na ito ay makatutulong sa California Department of Public Health, (CDPH), Office of AIDS (OA), AIDS Drug Assistance Program (ADAP) at/o Pre-Exposure Prophylaxis Assistance Program (PrEP-AP) upang matugunan sa epektibong paraan ang iyong mga alalahanin. Gamitin mo man o hindi ang form na ito, pahahalagahan namin ang iyong mga alalahanin, at magbibigay kami sa iyo ng tugon sa pamamagitan ng email na may seguridad. Sisikapin naming malutas agad ang mga isyung ipinaalam mo sa amin. Para malaman ang katayuan ng hinaing na ito, makipag-ugnayan sa aming Client Services Call Center, Lunes hanggang Biyernes, 8 A.M. hanggang 5 P.M. (hindi kasama ang mga holiday) sa (844) 421-7050.

## Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan:

Pangalan: _____

ID # ng Kliyente (kung naaangkop): _____

Email Address: _____

Numero ng Telepono: _____

Maaari ba kaming mag-iwan ng mensahe sa numerong ito? ☐ Oo ☐ Wala

Kung hindi, ano ang pinakamagandang oras para makontak ka? _____

Piliin ang lahat ng naaangkop:

| | |
|---|---|
| Isa akong Kliyente ng ADAP | Isa akong Kliyente ng PrEP-AP |
| Isa akong Kawani sa Pag-enrol | Isa akong Tagapagkaloob ng PrEP-AP |
| Isa akong Parmasyutiko | Wala ako sa alinmang nabanggit sa itaas |

**Mga Detalye ng Hinaing:**

Petsa ng (mga) insidente: _____

Sino ang sangkot sa insidenteng ito (piliin ang lahat ng naaangkop)?

| | |
|---|---|
| Kawani ng ADAP Call Center | Kawani ng ADAP |
| Kawani sa Pag-enrol | Klinika/Manggagamot |
| Parmasya/Parmasyutiko | Pool Administrators Inc. (PAI) |
| Prime Therapeutics | Iba pa |

Pangalan ng (mga) kasamang indibidwal at/o enrollment site (kung naaangkop):

_____

_____

Pakilarawan ang iyong mga alalahanin, mga pagkilos o di-pagkilos na humantong sa iyong pagkadismaya, at kung paano mo nais malutas ang insidenteng ito. Kung kailangan ng karagdagang espasyo, maglakip ng mga karagdagang pahina at anumang dokumentasyon bilang suporta sa iyong hinaing.

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

May nakalakip na mga karagdagang pahina o sumusuportang dokumentasyon?

Oo Bilang ng mga karagdagang pahina _____

Wala

Uri ng mga sumusuportang dokumento: _____

_____

Iniaatas ng Information Practices Act of 1977 (California CC, Section 1798.17) at Federal Privacy Act (5 USC 552a, subd. (3)) na ibigay ang abisong ito kapag nangongolekta ng personal na impormasyon mula sa mga indibidwal. Ang impormasyong hinihiling sa form na ito ay hinihiling ng CDPH, OA, ADAP, para sa mga layunin ng pagtukoy at pagtulong sa amin habang sinisikap naming lutasin ang problemang idinulog mo sa amin upang matulungan ka. Boluntaryo ang pagbibigay ng impormasyong hinihiling sa form na ito. Kung hindi mo ibibigay ang lahat ng impormasyong hinihiling sa form na ito, susubukan pa rin naming tulungan ka sa paglutas ng iyong problema, ngunit ang nawawalang impormasyon ay maaaring makaantala o makahadlang sa paglutas namin ng problema. Ang impormasyong hinihiling sa form na ito ay ginagamit upang matukoy kung sino ka at kung anong tulong ang maaari naming ibigay sa iyo, at para malaman ang anumang mga balakid na nakaantala o nakahadlang sa pagbibigay ng tulong na iyon.

Mga legal na sanggunian na nagpapahintulot sa pagpapanatili ng impormasyong ito Seksyon 120950 hanggang 120971 ng Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan; at Seksyon 131085 ng Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan.

Maaaring ipaalam ang impormasyong ito sa mga kontratista at tagapagkaloob ng OA kung ito ay kinakailangan o makatutulong sa pagsisikap naming matugunan at lutasin ang iyong alalahanin. May karapatan kang suriin ang sarili mong personal na impormasyon na pinananatili ng CDPH maliban kung ang pag-akses ay hindi nasasaklaw ng Batas. Maaari kang humiling ng sarili mong personal na impormasyon sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa CDPH, OA, sa 1616 Capitol Avenue, Sacramento, CA 95814, MS 7700 P. O. Box 99726, Sacramento, CA 95899-7426.

Lagda: _____ Petsa: _____

Isumite ang iyong nakasulat na hinaing sa ADAP/PrEP-AP:

Sa pamamagitan ng email sa: CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov

O sa pamamagitan ng fax sa: (844) 421-8008