Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc và Bảo Hiểm

Đơn Khiếu Nại

Hướng Dẫn:

Quý vị không bắt buộc sử dụng mẫu đơn này. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại bằng văn bản qua email hoặc fax mà không cần sử dụng mẫu đơn này. Tuy nhiên, việc điền thông tin đầy đủ vào tất cả các mục trong mẫu đơn này sẽ giúp Sở Y Tế Công Cộng California (CDPH), Văn Phòng AIDS (OA), Chương Trình Hỗ Trợ Thuốc Điều Trị AIDS (ADAP) và/hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Dự Phòng Trước Phơi Nhiễm (PrEP-AP) xử lý các mối quan ngại của quý vị một cách hiệu quả hơn. Dù quý vị có sử dụng mẫu đơn này hay không, chúng tôi cam kết nghiêm túc xem xét các mối quan ngại của quý vị và sẽ phản hồi qua email bảo mật. Chúng tôi sẽ cố gắng hết sức để giải quyết nhanh chóng những vấn đề quý vị đã nêu ra với chúng tôi. Để kiểm tra tình trạng của khiếu nại, vui lòng liên hệ Trung Tâm Dịch Vụ Khách Hàng của chúng tôi, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều (trừ các ngày nghỉ lễ), theo số (844) 421-7050.

Thông Tin Liên Hệ:

Tên: _____

Số ID Khách Hàng (nếu có): _____

Địa chỉ Email: _____

Số Điện Thoại:

Chúng tôi có thể để lại tin nhắn theo số này không? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, thời gian nào trong ngày là tốt nhất để liên lạc với quý vị? _____

Chọn tất cả các mục phù hợp:

Tôi là Khách Hàng ADAP	Tôi là Khách Hàng PrEP-AP
Tôi là Nhân Viên Ghi Danh	Tôi là Nhà Cung Cấp PrEP-AP
Tôi là Dược Sĩ	Tôi không phải là ai trong số những người trên

Thông Tin Khiếu Nại:

Ngày xảy ra sự việc: _____

Ai liên quan đến sự việc này (chọn tất cả các mục phù hợp)?

Nhân Viên Trung Tâm Cuộc Gọi ADAP	Nhân Viên ADAP
Nhân Viên Ghi Danh	Phòng Khám/Bác Sĩ Lâm Sàng
Nhà Thuốc/Dược Sĩ	Pool Administrators Inc. (PAI)
Prime Therapeutics	Khác

Tên của cá nhân và/hoặc địa điểm ghi danh liên quan (nếu có):

_____

_____

Vui lòng mô tả các mối quan ngại của quý vị, các hành động hoặc sự thiếu sót đã dẫn đến sự không hài lòng, và cách quý vị mong muốn sự việc này được giải quyết. Nếu cần thêm chỗ để viết, vui lòng đính kèm các trang bổ sung và bất kỳ tài liệu nào chứng minh cho khiếu nại của quý vị.

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

Có trang bổ sung hoặc tài liệu chứng minh kèm theo không?

Có Số lượng trang bổ sung _____

Không

Loại tài liệu chứng minh: _____

_____

Đạo Luật Thực Hành Thông Tin năm 1977 (Bộ Luật Dân Sự California, Mục 1798.17) và Đạo Luật Quyền Riêng Tư Liên Bang (Tiêu Đề 5 USC 552a, tiểu mục (3)) yêu cầu cung cấp thông báo này khi thu thập thông tin cá nhân từ các cá nhân. Thông tin được yêu cầu theo mẫu đơn này được CDPH, OA, ADAP thu thập nhằm mục đích xác định danh tính và hỗ trợ chúng tôi trong việc giải quyết vấn đề mà quý vị đang liên hệ để yêu cầu giúp đỡ. Việc cung cấp thông tin được yêu cầu theo mẫu đơn này là tự nguyện. Nếu quý vị không cung cấp đầy đủ thông tin được yêu cầu, chúng tôi vẫn sẽ cố gắng hỗ trợ quý vị giải quyết vấn đề. Tuy nhiên, thông tin còn thiếu có thể làm chậm trễ hoặc cản trở việc giải quyết vấn đề. Thông tin được yêu cầu theo mẫu đơn này được sử dụng để xác định danh tính của quý vị, loại hỗ trợ chúng tôi có thể cung cấp cho quý vị, cũng như xác định bất kỳ trở ngại nào đã làm chậm trễ hoặc cản trở việc thực hiện hỗ trợ.

Các tham chiếu pháp lý cho phép lưu giữ thông tin này: Bộ Luật Y Tế Và An Toàn, các Mục 120950 đến 120971; và Bộ Luật Y Tế Và An Toàn, Mục 131085.

Thông tin này có thể được tiết lộ cho các nhà thầu và nhà cung cấp của OA nếu điều này cần thiết hoặc hữu ích trong quá trình chúng tôi giải quyết và xử lý mối quan ngại của quý vị. Quý vị có quyền xem lại thông tin cá nhân đang được CDPH lưu giữ của chính mình, trừ khi quyền tiếp cận này bị pháp luật ngăn cấm. Quý vị có thể yêu cầu thông tin cá nhân của mình bằng cách liên hệ với CDPH, OA tại địa chỉ: 1616 Capitol Avenue, Sacramento, CA 95814, MS 7700 P. O. Box 99726, Sacramento, CA 95899-7426.

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng gửi đơn khiếu nại bằng văn bản của quý vị đến ADAP/PrEP-AP:

Qua email đến: CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov

Hoặc qua fax đến: (844) 421-8008