卫生与公众服务局 加州公共卫生部

药物和保险援助计划

申诉表

说明：

使用此表是可选的。您也可以使用或不使用此表，通过电子邮件或传真以书面形式提交申诉。但是，完整填写此表的所有部分将有助于加州公共卫生部(CDPH)、艾滋病办公室(OA)、艾滋病药物援助计划(ADAP)和/或暴露前预防药物援助计划(PrEP-AP)更有效地回应您的关切。无论您是否使用此表，我们都会认真对待您的关切，并会通过安全电子邮件回复您。我们将尽最大努力快速解决您提出的问题。要查询此申诉的状态，请在周一至周五上午8点至下午5点（节假日除外）致电(844) 421-7050联系我们的客户服务呼叫中心。

联系信息：

姓名：_____

客户ID #（如适用）：_____

电子邮件地址：_____

电话号码：_____

我们可以在此号码留言吗？ ☐是 ☐否

如果不可以，一天中什么时间最适合联系您？_____

请选择所有适用的选项：

我是ADAP客户	我是PrEP-AP客户
我是注册工作人员	我是PrEP-AP服务提供者
我是药剂师	我不是以上任何一类

申诉详情：

事件发生日期：_____

谁参与了此事件（选择所有适用项）？

ADAP呼叫中心工作人员	ADAP工作人员
注册工作人员	诊所/临床医生
药房/药剂师	Pool Administrators Inc. (PAI)
Prime Therapeutics	其他

涉事个人和/或注册站点名称（如适用）：

_____

_____

请描述您的关切、导致您不满的行为或不作为，以及您希望如何解决此事件。如需更多空间，请附加额外页面和任何支持您申诉的文件。

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

是否附带了额外的页面或支持文件？

是　　额外页面数量_____

否

支持文件类型：_____

_____

1977年《信息实践法》（加利福尼亚州民法典第1798.17条）和《联邦隐私法》（美国法典第5篇第552a条第(3）款)要求在收集个人信息时提供此通知。CDPH、OA、ADAP要求提供此表中的信息，以便识别您的身份，并在我们努力解决您联系我们寻求帮助的问题时为您提供协助。提供此表中要求的信息是自愿的。如果您未提供此表中要求的所有信息，我们仍将尝试协助您解决问题，但缺少的信息可能会延迟或阻止我们解决问题。此表中要求的信息用于确定您的身份以及我们可以向您提供的协助，并确定任何延迟或阻止提供协助的障碍。

授权维护此信息的法律依据为《健康与安全法典》第120950条至120971条，以及《健康与安全法典》第131085条。

在我们努力解决您的问题过程中，如有必要或有帮助，此信息可能会披露给OA承包商和服务提供商。除非法律规定不得访问，否则您有权查看CDPH保存的您的个人信息。您可以通过以下方式联系CDPH下属的OA获取您的个人信息：1616 Capitol Avenue, Sacramento, CA 95814, MS 7700；邮政信箱：P.O. Box 99726, Sacramento, CA 95899-7426。

签名：_____日期：_____

请将您的书面申诉提交至ADAP/PrEP-AP：

通过电子邮件发送至：CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov

或通过传真发送至：(844) 421-8008