

# CareOregon 会员投诉/反馈表



您的反馈意见对我们很重要。我们想解决好这个问题，以便日后不会再次发生。感谢您与我们分享您的反馈意见。

您的姓名： \_\_\_\_\_

您的电话号码： \_\_\_\_\_

会员姓名  
(如果您不是会员)： \_\_\_\_\_

会员的 OHP ID 号码及/或出生日期： \_\_\_\_\_

请告诉我们事情的经过。（如果您需要更多的填写空间，请使用此表格的背面。）

事情发生在什么时候？

谁参与其中？

请随附任何可能有助于我们调查投诉的文件。

例如：通知、服务遭拒书、医生账单或声明、会员与其他方（例如卫生服务部、俄勒冈州卫生局或 CareOregon）之间发送的信件或电子邮件。

您现在希望得到什么结果？

获授权代表的信息：

姓名： \_\_\_\_\_ 年龄在 18 岁或以上：  是  否

组织： \_\_\_\_\_ 电子邮件： \_\_\_\_\_

邮寄地址： \_\_\_\_\_

电话号码： \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_

如果有其他人为您提交此文件，请勾选此处。

提交已填妥的表格至：

CareOregon 收件人： 申诉协调员

315 SW Fifth Ave Portland, OR 97204

传真： 503-416-1313

电子邮件： [customerservice@careoregon.org](mailto:customerservice@careoregon.org)

您可以获取本函件的其他语言版本，或者大号字体、盲文或您所喜欢格式的版本。您还可要求提供口语翻译人员服务。这项帮助是免费的。请致电 503-416-4100 或 TTY 711。我们会接听转接来电。