

<b>ਮੈਂਬਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ</b>
---------------------------

ਤਰੀਕ: \_\_\_\_\_

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।

ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਕਰਤਾ

ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:

_____	( )	( )	_____
ਨਾਮ	ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ	

_____	ਸ਼ਹਿਰ	ਪ੍ਰਾਂਤ	ਪੋਸਟਲ ਕੋਡ
ਪਤਾ			

ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਕਰਤਾ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾਮ:

_____	#:
ਨਾਮ	ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ

_____	#:
ਨਾਮ	ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ

_____	#:
ਨਾਮ	ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰ

ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਕਿਸਮ: [ਜਿਹੜੀਆਂ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਉਹਨਾਂ ਸਾਰੀਆਂ ਉੱਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਉ]

\_\_\_\_\_ ਮਾਰਕੀਟਿੰਗ \_\_\_\_\_ ਭਰਤੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲ \_\_\_\_\_ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਬਿਲ

\_\_\_\_\_ ਗੁਣਵੱਤਾ \_\_\_\_\_ ਪਰਿਵਹਨ \_\_\_\_\_ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਉਪਲੱਬਧਤਾ

\_\_\_\_\_ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਧਿਆਨ \_\_\_\_\_ ਸਟਾਫ ਰਵੱਈਆ \_\_\_\_\_ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ

ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਸਮੱਸਿਆ ਦਾ ਬਿਆਨ: ਘਟਨਾ ਦੀ ਤਰੀਕ: \_\_\_\_\_ ਪਤਾ: \_\_\_\_\_ ਪ੍ਰਦਾਤਾ  
ਦਾ ਨਾਮ \_\_\_\_\_

ਸਮੱਸਿਆ/ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਵਿਸਤਾਰ ਵਿੱਚ ਵਰਨਣ ਕਰੋ:

---

---

---

---

ਜੇਕਰ ਵਾਧੂ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਤਰੀਕ

(ਜਾਂ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਜੇਕਰ ਮੈਂਬਰ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਅਯੋਗ ਹੈ)

### ਮੈਡੀਕਲ ਰੀਲੀਜ਼

**ਮੈਂਬਰ:** ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹਰ ਉਸ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ ਅਤੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਓ ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਉਸ ਹਾਲਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਕੇ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ।

**ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਗੁਪਤ ਰੱਖੇ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਸਰਵੇਖਣ ਕਰਨ ਲਈ ਹੀ ਵਰਤੇ ਜਾਣਗੇ।**

ਇਸ ਨਾਲ ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਲਿਖਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇ ਦੀ ਡਾਕਟਰੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਦੇ ਸਹਿਯੋਗ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ HEALTH NET ਨੂੰ ਦੇਣ ਲਈ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਅਤੇ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ:

**ਦਸਤਖਤ:** \_\_\_\_\_ **ਤਰੀਕ:** \_\_\_\_\_

(ਜੇਕਰ ਮੈਂਬਰ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ ਹੋਣ) ਸੰਬੰਧ: \_\_\_\_\_

(ਮਾਤਾ, ਪਿਤਾ, ਸਰਪ੍ਰਸਤ)

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਹੋਰ ਸ਼ਾਲ ਹੋਣ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ

ਸੇਵਾ ਭਾਗ (Member Services Department) ਨੂੰ ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ (800) 675-6110 ਤੇ ਜਾਂ TTY/TDD ਨੰਬਰ:

(800)-431-0964 ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਪੂਰਾ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਪਤੇ ਉੱਤੇ ਜਮਾਂ ਕਰੋ: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Van Nuys, CA 91410-0348.

ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ: (877) 831-6019।