

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

ਤਰੀਕ: \_\_\_\_\_

**ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ।**

**ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਕਰਤਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:**

|      |                  |                    |
|------|------------------|--------------------|
|      | ( )              | ( )                |
| ਨਾਮਵ | ਕੰਮ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰਵ | ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰਵ    |
| ਪਤਾਵ | ਸ਼ਹਿਰਵ           | ਪ੍ਰਾਂਤਵ ਪੋਸਟਲ ਕੋਡਵ |

**ਸ਼ਿਕਾਇਤ-ਕਰਤਾ ਦੇ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਨਾਮ:**

|      |              |
|------|--------------|
|      | #:           |
| ਨਾਮਵ | ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰਵ |
|      | #:           |
| ਨਾਮਵ | ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰਵ |
|      | #:           |
| ਨਾਮਵ | ਆਈ.ਡੀ. ਨੰਬਰਵ |

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

|                      |                                       |                           |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| _____ ਮਾਰਕੀਟਿੰਗਵ     | _____ ਭਰਤੀ ਵਿੱਚੋਂ ਨਿਕਲਣ ਵਿੱਚ ਮੁਸ਼ਕਿਲਵ | _____ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਬਿਲਵ     |
| _____ ਗੁਣਵੱਤਾਵ       | _____ ਪਰਿਵਹਨਵ                         | _____ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਉਪਲੱਬਧਤਾਵ |
| _____ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਧਿਆਨਵ | _____ ਸਟਾਫ ਰਵੱਈਆਵ                     | _____ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾਵ         |

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

ਤਰੀਕਵ

(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 ਉਸਵ ਹਾਲਤ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਕੇ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ।

**ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਗੁਪਤ ਰੱਖੇ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ ਸਿਰਫ 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 ਵਿੱਚਵ 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 ਡਾਕਟਰੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਹਿੱਸਾ ਗੁਪਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਦਾ ਮਲੇਵਿੱਚ ਵਾਧੂ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਵੇਰਵੇ ਦਾ ਵਕਰ ਪਾਠ ਕਰਕੇ ਸਾਡੇ ਮੈਂਬਰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ (Member Services Department) ਨੂੰ ਟੈਲ-ਫ੍ਰੀ (800) 675-6110 (TTY: 711) ਤੇ ਵੱਲੋਂ ਵਕਰੋ। ਜਦੋਂ ਵਪ੍ਰਾਵੇ ਹੋਵਾਵੇ, ਇਸ ਵਫਾਰਮ ਨੂੰ ਵੇਰਵੇ ਲਿਖੇ ਪਤੇ ਉੱਤੇ ਵਜਮਾਵਕਰੋ: Health Net, Attn: Medi-Cal Member Appeals and Grievance Department, P.O. Box 10348, Woodland Hills, CA 91367. ਫੈਕਸ ਨੰਬਰ: (877) 831-6019।