



## 申诉或上诉表

请在以下情况下  
使用此表格：

- 1) 想对行为健康服务部 (Behavioral Health Services) 为您提供的治疗表达不满。这称为**申诉**。
- 2) 想对拒绝、延迟、缩减服务和/或限制预先授权服务的决定提出上诉。这称为**上诉**。

您可以使用此表格旁的预印地址的信封来提交您的上诉/申诉。如果要表达您的不满，但不想填写和提交表格，可以与本机构的提供者代表、服务主管或计划负责人交谈，或致电 (866) 308-3074 或 TDD 专线 (866) 308-3073 与授权和质量改进服务部 (Authority and Quality Improvement Services) 联系。

### 客户信息：

客户姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

街道地址：\_\_\_\_\_

城市、州、邮政编码：\_\_\_\_\_

电话：(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 社会安全号码： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### 计划信息：

客户接受服务的项目的名称？ \_\_\_\_\_

计划的街道地址：\_\_\_\_\_ 计划的城市、州、邮政编码：\_\_\_\_\_

如果您填写此表格是为提出申诉，请简述您的担忧或不满。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

如果您填写此表格是为提出上诉，请回答以下问题：

您是否曾收到维持不利福利裁定通知 (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD)?  否  是  
日期 \_\_\_\_\_

如果您认为推迟服务会对您的行为健康造成严重问题，包括影响您获得、维持或恢复重要生活功能的能力，您可申请加急上诉，相关机构必须在 72 小时内做出决定。您是否要申请加急上诉？  否  是

请说明原因：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

如果您负责填写此表格，但并非接受服务的客户，您与客户的关系是什么？

关系 \_\_\_\_\_ 您的姓名 \_\_\_\_\_

您的电话号码 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

客户或授权代表签名

日期