



### 불만 또는 항변 양식

이 양식은 다음과 같을 때 사용하십시오:

- 1) 귀하가 행동건강 서비스에서 받은 대우와 관련하여, 어떤 측면이라도 불만족을 표현하고 싶을 경우. 이것을 **불만**이라고 합니다.
- 2) 사전 승인된 서비스를 거부, 지연, 축소 및/또는 제한하는 결정에 이의를 제기하고자 합니다. 이것을 **항변**이라고 합니다.

당신은 이 양식 옆에 마련된 주소가 인쇄된 봉투를 이용하여 자신의 항변/불만을 제출할 수 있습니다. 양식을 작성 및 제출하지 않고 불만족을 표하려면, 제공업체 담당자, 해당 지점의 서비스 책임자 또는 프로그램 관리자에게 이야기하거나, 관계 당국 및 품질 개선 서비스에 (866) 308-3074(TDD: (866) 308-3073)번으로 전화하실 수 있습니다.

**제기자 정보:**

제기자 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_  
 스트리트 주소: \_\_\_\_\_  
 시티, 주, 우편번호: \_\_\_\_\_  
 전화: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 사회보장번호: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**프로그램 정보:**

의뢰인이 서비스를 받는 프로그램 이름은 무엇입니까? \_\_\_\_\_  
 프로그램 거리 주소: \_\_\_\_\_ 프로그램 시, 주 주소 및 우편번호: \_\_\_\_\_

당신이 불만을 제기하기 위하여 이 양식을 작성한다면 당신의 관심 또는 불만을 간단하게 기술하시기 바랍니다. \_\_\_\_\_

당신이 항변을 제기하기 위하여 이 양식을 작성한다면 다음에 대답하기 바랍니다: 불리한 혜택 결정(Adverse Benefit Determination, NABD) 통지서를 받으셨습니까?  아니오  예 \_\_\_\_\_ 일자

중요한 생활 획득, 유지 및 회복하는 능력에 대한 문제 등 지연으로 인해 행동 건강에 심각한 문제가 발생할 것으로 생각하는 경우, 72시간 이내에 결정되는 신속 이의 제기를 요청할 수 있습니다. 귀하는 촉진 항변을 요청하고 싶습니까?

아니오  예  
구체적인 이유를 작성하시기 바랍니다:

\_\_\_\_\_

이 양식을 작성하는 당신이 서비스를 받은 제기자가 아니라면, 당신은 제기자와 어떤 관계입니까?

관계 \_\_\_\_\_ 당신의 이름 \_\_\_\_\_  
 당신의 전화 번호 \_\_\_\_\_