

# 會員投訴表格

提供此表格是為了讓您能夠對您的投訴作出說明，讓第一保健上訴與申訴部能夠進行審查並予以回應。請提供日期、時間、地點及涉及的人士。如果您填寫本表格需要協助，請致電第一保健會員服務部的免費電話號碼：**1-866-463-6743**（聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821）。您有權直接向紐約州衛生署地區辦事處提出有關醫療護理的投訴。地區辦事處地址與電話號碼請參見第一保健會員手冊。第一保健不會因為您投訴而對您採取任何行動。

## 第一部份：會員資訊

會員姓名 \_\_\_\_\_ 會員ID  
姓名 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_ 號碼 \_\_\_\_\_

會員地址 \_\_\_\_\_  
街道 \_\_\_\_\_ 公寓號碼 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼\* ( \_\_\_\_\_ )  
區號 \_\_\_\_\_

## 第二部份：投訴人資訊

投訴人姓名 \_\_\_\_\_ 與會員關係 \_\_\_\_\_  
(投訴人若非會員)\*\* \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

投訴人地址 \_\_\_\_\_  
街道 \_\_\_\_\_ 公寓號碼 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼\* ( \_\_\_\_\_ )  
區號 \_\_\_\_\_

\* 如果您沒有電話，請列出一位家庭成員、鄰居或其他能夠找到您的人士的電話號碼。  
\*\* 如果不是戶主，請提供法定監護人的文件或會員指定代表的書面認可。

## 第三部份：服務提供者資訊

服務提供者姓名 \_\_\_\_\_  
名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_  
街道 \_\_\_\_\_ 公寓號碼 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼\* ( \_\_\_\_\_ ) 就診日期： \_\_\_\_\_  
區號 \_\_\_\_\_

投訴說明： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

會員或投訴人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

提供協助的代表簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

請將填好的表格寄還給：  
Healthfirst  
P.O. Box 5166  
New York, NY 10274-5166  
傳真：1-646-313-4618