

## MẪU KHIẾU NẠI

Mẫu này dùng để nộp đơn khiếu nại về dịch vụ chăm sóc y tế hoặc thuốc theo toa. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng gọi cho Bộ phận Dịch vụ Hội viên Brand New Day theo số 1-866-255-4795, TTY 711, Thứ Hai - Thứ Sáu 8 giờ sáng - 8 giờ tối và 7 ngày một tuần, 8 giờ sáng - 8 giờ tối từ ngày 10/01 - 03/31.

## VUI LÒNG VIẾT IN THÔNG TIN SAU VỀ BẢN THÂN:

Tên Hội viên: \_\_\_\_\_ Số ID Hội viên: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại Nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại Di động: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## CHỈ ĐỊNH ĐẠI DIỆN ĐỂ KHIẾU NẠI

**Quý vị có thể yêu cầu một người nào đó thực hiện thay mặt quý vị.** Nếu quý vị muốn, quý vị có thể nêu tên một người khác để thực hiện cho quý vị như là “Người đại diện” của quý vị để đưa ra khiếu nại. Có thể có ai đó đã được ủy quyền hợp pháp để đóng vai trò như người đại diện của quý vị theo luật tiểu bang. Nếu quý vị muốn một bạn bè, người thân, bác sĩ của mình hoặc nhà cung cấp khác hoặc người khác làm người đại diện của quý vị, gọi Bộ phận Dịch vụ Hội viên và yêu cầu mẫu “Chỉ định Người đại diện” hoặc truy cập trang web của chúng tôi tại [www.bndhmo.com/Members/Resources](http://www.bndhmo.com/Members/Resources) và cuộn xuống cuối trang trong “Mẫu”. Quý vị cũng có thể điền đầy đủ thông tin bên dưới về người mà quý vị đang chỉ định để thực hiện khiếu nại này. Chúng tôi không thể bắt đầu xem xét các khiếu nại từ một người nào đó không phải quý vị trừ khi chúng tôi có mẫu “Chỉ định Người đại diện” đã điền đầy đủ thông tin hoặc bằng chứng khác về việc ủy quyền hợp pháp cho ai đó thực hiện thay quý vị.

**Nếu chọn Người đại diện, vui lòng điền đầy đủ thông tin sau:**

**Tôi chỉ định người sau đây thay tôi thực hiện khiếu nại này:**

Tên Người đại diện: \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Người đại diện: \_\_\_\_\_

Điện thoại của Người đại diện: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với Hội viên: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Hội viên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Người đại diện: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

