# MẪU PHÀN NÀN/KHIẾU NẠI CỦA KHÁCH HÀNG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Họ tên khách hàng:** | | | **Ngày:** |
| **Ngày sinh (tháng/ngày/năm):** | | **Quan hệ với khách hàng:** | |
| **Địa chỉ của khách hàng:** | | | |
| **Thành phố, tiểu bang, bưu chánh** | | | |
| **Điện thoại:** | | **Điện thoại nhắn tin:** | |
| **Địa điểm dịch vụ:** | | | |
| **Mô tả về phàn nàn/khiếu nại (Xin đính kèm thêm giấy, nếu cần):** | | | |
|  | | | |
| **Quý vị đã thực hiện những gì để giải quyết phàn nàn/khiếu nại này?** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Quý vị muốn phàn nàn/khiếu nại này được giải quyết theo cách nào?** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Người điền mẫu: Họ tên:** | **Điện thoại:** | | |

**ĐỪNG VIẾT BÊN DƯỚI HÀNG NÀY**

To be completed by BHCS Staff

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RESOLUTION TO GRIEVANCE/ APPEAL | | | | | |
| BHCS Staff: | | | PSP Number: | | |
| Description of the Grievance/Appeal Resolution: | | | | | |
|  | | | | | |
| Consumer/Representative Contact: | | | | | |
| Date: | Time: | □ Letter | | □ Telephone | □ Other: |
| Content: | | | | | |
| Date: | Time: | □ Letter | | □ Telephone | □ Other: |
| Content: | | | | | |

Alameda County Behavioral Health Care Services Consumer & Family Grievance/Appeal Form [www.acbhcs.org/providers](http://www.acbhcs.org/providers) Vietnamese - Rev. 09/09