# 客户申诉或上诉表

**我们需要能够与您取得联系**。请提供信息，以便在您离开本机构后也能轻松与您取得联系。

姓名： 地址： 计划/机构名称: 电话号码： 电子邮件： 问题描述：（如需要更多空间，请用背面)

**尽快与我们联系**。我们会尝试在您还在机构内时快速解决问题。可用回邮信封将此表寄给犹太家庭服务 (JFS)。

# JFS - Patient Advocacy

**8804 Balboa Avenue, San Diego, CA 92123**

电话：619-282-1134 或

**1-800-479-2233**

**机构通知：**此申诉表必须提供给客户，而无需向工作人员索取。此申诉表和流程不应由任何内部机构申诉或投诉流程取代。

**什么是申诉或上诉？**

* **“申诉”**是对您不满意服务的***任何***表达。
* 心理健保计划拒绝、减少或停止服务授权时，即可提出**“上诉”**。
* 如果您或您的医护提供者能证明，标准上诉时间可能严重危及您的生命、健康或身体功能时，即可提出**“加急上诉”**。