



Formulario de Queja / Apelación para Miembros

Por favor llene esta forma. Envíela con la información por correo a: **GCHP Grievances, P.O. Box 9176, Oxnard, CA 93031**

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del miembro: _____ Número de identificación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Zona Postal: _____ Número de teléfono: _____ Fecha del problema: _____

Describa el problema en detalle: (use y agregue hojas adicionales si es necesario)

¿Ha intentado resolver el problema? (use y agregue hojas adicionales si es necesario)

¿Qué querría usted que se hiciera con respecto a este problema? (use y agregue hojas adicionales si es necesario)

¿Necesitará la ayuda de un intérprete? Sí No ¿Qué idioma? _____

¿Padece usted alguna discapacidad física que necesite atención especial?

¿Tiene usted algún problema que necesite atención médica en los próximos tres días, o sufre dolor agudo?

Firma del miembro / padre / tutor (si el miembro es menor de edad)

X _____ Fecha: _____

Si usted necesita ayuda con esta forma, por favor llame a Servicio a Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de Gold Coast Health Plan (Plan de Salud Gold Coast) o envíe un fax a