

Nombre de usuario _____ Dirección de miembro _____ _____ _____	ID de miembro: _____ Teléfono de los miembros _____
Si la queja/apelación se refiere a un proveedor (es), por favor suministre la siguiente información, si se conoce. Nombre del proveedor (es) _____ Dirección _____ Teléfono _____ Por favor escriba una descripción de la queja/apelación con el mayor detalle posible. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. _____ ((firma del miembro) (archivos de fecha)	
OFFICE USE ONLY Date Received: _____ Received By: _____ Grievance Level 1 2 Hearing Date: _____	Action taken to resolve grievance/appeal: _____ (Signature Plan Rep) (Resolution Date)