MEMBER COMPLAINT FORM

Please mail to:
MSI
PO Box 355
Santa Ana, CA 92702
ATTN: Appeals & Grievances

For questions, please call
MSI Appeals & Grievances
714-834-3589

THÔNG TIN CỦA THÀNH VIÊN

Tên Gọi	Tên Lót	Tên Họ	ID hay SSN của Thành Viên:
Số Điện Thoại:	Người có Khiếu Nại (nếu không phải là Thành Viên)		Ngày:
Địa Chỉ Đường Phố	Căn Hộ #	Thành Phố	Số Vùng

LOẠI KHIẾU NẠI

Xin Vui Lòng Đánh Dấu:

- ☐ Vấn Đề với Bác Sỹ hoặc Nhân Viên
- ☐ Vấn Đề Văn Phòng/Cơ Sở
- ☐ Vấn Đề Xin Được Giới Thiệu
- ☐ Nhận Được Hóa Đơn của Nhà Cung Cấp (Xin vui lòng đính kèm bản sao)
- ☐ Khác:

MÔ TẢ SỰ KHIẾU NẠI

Người Hoàn Tất Mẫu Đơn này, Nêu Mối Quan Hệ với Thành Viên: **Dùng tờ thứ hai nếu cần thiết**

- ☐ Thành viên/Bản thân
- ☐ Phụ huynh
- ☐ Người biện hộ
- ☐ Nhà cung cấp dịch vụ
- ☐ Con trai/Con gái
- ☐ Người được ủy quyền đại diện

x _____
Viết Tên

x _____
Danh Hiệu (Nếu Có)

x _____
Chữ Ký của Người Hoàn Tất Mẫu Đơn này

x _____
Ngày