

**Đơn Khiếu Nại về Quyết Định Của Chương Trình Trợ Giúp Y Phí**

Ngày: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Hiện Tại: \_\_\_\_\_

Số Thẻ Bệnh Nhân ghi trên giấy báo: \_\_\_\_\_

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của Chương Trình Trợ Giúp Y Phí ghi trên giấy báo mà quý vị nhận được từ Harris Health System, xin vui lòng điền đầy đủ vào đơn khiếu nại này và gửi đến địa chỉ dưới đây trong vòng 65 ngày theo lịch kể từ ngày ghi trên giấy báo của quý vị:

Eligibility Appeals Committee  
Harris Health System  
P.O. Box 300488  
Houston, TX 77230

Chúng tôi sẽ liên lạc với quý vị qua thư từ trong vòng mười ngày (10) theo lịch sau khi nhận được đơn khiếu nại của quý vị.

Xin vui lòng trình bày lý do tại sao quý vị khiếu nại về quyết định này

Tôi xin khiếu nại vì: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ký tên: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_