

## Форма скарги у рамках Плану охорони здоров'я штату Орегон

Якщо Ви включені до організації координованої допомоги (coordinated care organization, CCO), у разі будь-яких скарг спочатку зателефонуйте до вашої CCO.

Якщо Ви все ще маєте скарги щодо послуг Плану охорони здоров'я штату Орегон (Oregon Health Plan, OHP), заповніть цю форму та надішліть її до служби обслуговування клієнтів OHP за адресою: PO Box 14015, Salem OR 97309.

Ваше прізвище:	Ваш номер телефону:
Прізвище учасника (якщо Ви не є учасником):	Ідентифікаційний номер або дата народження учасника OHP:
Що сталося? Коли це сталося? Хто брав участь? (Додайте будь-які документи, наприклад, повідомлення, відмови надати послугу, рахунки від лікаря тощо, кореспонденцію між учасником та іншими особами, такими як DHS/OHA або CCO, які можуть допомогти нам розглянути скаргу).	
Яких наших дій Ви очікуєте у зв'язку з цим?	
У випадку скарг щодо обслуговування по телефону OHP <b>також</b> повідомте нам таке: Дата і час дзвінка:	
Номер, за яким ви телефонували (виберіть один): <input type="checkbox"/> 800-699-9075 або <input type="checkbox"/> 800-273-0557	
Скільки часу Ви чекали?	Хто прийняв ваш дзвінок?
Чому Ви телефонували?	
За потреби додайте додаткові сторінки.	

**ПРИМІТКА:** Якщо Ви не згодні з отриманою Вами відмовою у наданні послуг OHP, Вам знадобиться інша форма. Щоб дізнатися більше, відвідайте нашу сторінку «Скарги та запити» на вебсайті [OHP.Oregon.gov](http://OHP.Oregon.gov) (натисніть «Скарги та запити»).