



SUGGESTION/COMPLAINT FORM
MẪU ĐỀ XUẤT/KHIẾU NẠI

HƯỚNG DẪN:

Vui lòng sử dụng mẫu này để gửi đơn khiếu kiện hoặc khiếu nại, hoặc để đưa ra các đề xuất liên quan đến Chương trình EYEXAM của bạn, các dịch vụ của chương trình, nhân sự, văn phòng hoặc bất kỳ mặt nào khác của Chương trình ảnh hưởng đến bạn với tư cách là một thành viên.

1. Vui lòng nhập hoặc in thông tin được yêu cầu dưới đây.

2. Gửi lại mẫu này bằng thư đến: EYEXAM of California, Inc.

P.O. Box 2756
Mission Viejo, CA 92690
www.eyexamofca.com

3. Bạn sẽ nhận được một xác nhận đã nhận được bằng văn bản trong vòng 5 (năm) ngày, và thông thường sẽ có phản hồi đầy đủ trong vòng 30 (ba mươi) ngày.

4. Nếu bạn cần hỗ trợ hoặc có câu hỏi về quy trình khiếu nại, vui lòng gọi EYEXAM theo số 1-888-439-3392. Kế hoạch này cũng dành một đường dây hỗ trợ máy điện thoại đánh chữ, TDD số 1-949-364-1289, dành riêng cho người khiếm.

TÊN THÀNH VIÊN:

Họ

Tên

Chữ cái đầu

ĐỊA CHỈ THÀNH VIÊN: _____

SỐ ĐIỆN THOẠI THÀNH VIÊN: _____

SỐ I.D. NHÓM: _____

LOẠI THÀNH VIÊN: _____ C

Nếu là Nhóm, ghi tên của Nhóm: _____

Nếu bạn điền mẫu này thay mặt thành viên của EYEXAM, vui lòng ghi tên bạn, mối quan hệ với Thành viên đó, địa chỉ và số điện thoại dưới đây:

Tên/Mối quan hệ: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____

