



Member Grievance Form

Date: _____

Patient Name: _____

MR# _____

Patient Phone No. _____

Clinic Site: _____

Received by: _____

Please describe the nature of the issue (attach additional sheets if needed):

What would you consider a solution to this issue?

You may submit a grievance in the following ways:

By phone: Call the Patient Services Grievance line (510) 549-5451

By Fax: (510) 845-2032

By mail: mail your written grievance to Patient Services P.O. Box 11247 Berkeley, CA 94712

In Person: Fill out a Member Grievance form at your Lifelong Medical care site

Online: Visit www.lifelongmedical.org/contact-us

***LLMC STAFF PLEASE FORWARD COMPLETED FORM TO PATIENT SERVICES**



Formulario de Queja Formal para Miembros

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Número de registro medico: _____

Número de teléfono: _____

Sitio de Clinica: _____

Recibido por: _____

Describa la naturaleza del problema (adjunte hojas adicionales si es necesario):

¿Cuál consideraría una solución a este problema?

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

Por teléfono: Llame a la línea de Quejas de Servicios al Paciente (510) 549-5451

Por Fax: (510) 845-2032

Por correo: Envíe su queja por escrito a Servicios al Pacientes P.O. Box 11247 Berkeley, CA94712

En persona: Llene un formulario de queja en su Clinica Primaria de Lifelong Medical Care

En línea: Visite www.lifelongmedical.org/contact-us

*** EMPLEADOS DE LLMC POR FAVOR, ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A SERVICIOS PARA PACIENTES **