

Neighborhood Health Partnership Planilla de Reclamo

Nombre del Miembro: _____ Doctor: _____

Dirección: _____ No. de teléfono: _____

Número de Miembro de NHP _____

RESUMEN DE RECLAMO

¿Sé ha puesto usted en contacto con NHP en referencia a esta situación? _____

Si se ha puesto en contacto, por favor explique cuál fué el resultado: _____

¿Qué podemos hacer para ayudarlo a resolver su problema? _____

Por favor envíe esta planilla a Neighborhood Health Partnership a la dirección de abajo.

PO Box 5210
Kingston, NY 12402-5210

Firma del Miembro: _____ Fecha: _____