





**Formulario de apelación del miembro**

Por favor, cuéntenos sobre su solicitud en el espacio a abajo. Sea lo más específico posible y siempre que sea posible, indique la (s) fecha (s) en que ocurrió el evento. [Si necesita más espacio, use otra hoja de papel.]

---

---

---

---

---

¿Le ha dicho a la persona u organización sobre el tema? Si es así, ¿qué pasó?

---

---

---

---

---

¿Qué le gustaría que hiciera Oklahoma Health Care Authority sobre este tema?

---

---

---

---

---

Firma del Miembro

Date

Por favor envíe este formulario a: *Oklahoma Health Care Authority  
Grievance Docket Clerk  
P.O. Drawer 18497  
Oklahoma City, OK 73154-0497*

*Número de fax: 405-530-3444  
Número de Teléfono: 405-522-7217  
Correo Electrónico:  
docketclerk@okhca.org*