성함:

날짜:

건의 또는 불만 내용:

성함:

날짜:

건의 또는 불만 내용:

Senior Care At Your PACE

Participant Name: _____ **Date**: _____

Grievance Type (Please check one):

☐ Activities ☐ Medical Care ☐ Home Care ☐ Transportation

☐ Dietary ☐ Other: _____

Location (Please check one):

☐ PACE Center ☐ Home ☐ Hospital ☐ Doctor's Office

☐ Other: _____

Grievance Description:

_____

_____

How would you like to be notified:

☐ Oral ☐ Written ☐ Call ☐ Other: _____

Senior Care At Your PACE

Participant Name: _____ **Date**: _____

Grievance Type (Please check one):

☐ Activities ☐ Medical Care ☐ Home Care ☐ Transportation

☐ Dietary ☐ Other: _____

Location (Please check one):

☐ PACE Center ☐ Home ☐ Hospital ☐ Doctor's Office

☐ Other: _____

Grievance Description:

_____

_____

How would you like to be notified:

☐ Oral ☐ Written ☐ Call ☐ Other: _____

Senior Care At Your PACE

성명: _____ 날짜: _____

건의 또는 불만 유형 (해당되는 것 하나에 표시해주세요):

☐ 액티비티 ☐ 의료 서비스 ☐ 가정 돌봄 ☐ 교통

☐ 식사/영양 ☐ 기타: _____

장소 (해당되는 것 하나에 표시해주세요):

☐ PACE 센터 ☐ 가정 ☐ 병원 ☐ 진료실

☐ 기타: _____

어르신의 건의 및 불만 사항에 대한 후속 안내를 어떤 방식으로 받기를 원하시나요?

☐ 구두 ☐ 서면 ☐ 전화 ☐ 기타: _____

불편하셨던 점을 자유롭게 뒷장에 적어주시면 감사하겠습니다.

Senior Care At Your PACE

성명: _____ 날짜: _____

건의 또는 불만 유형 (해당되는 것 하나에 표시해주세요):

☐ 액티비티 ☐ 의료 서비스 ☐ 가정 돌봄 ☐ 교통

☐ 식사/영양 ☐ 기타: _____

장소 (해당되는 것 하나에 표시해주세요):

☐ PACE 센터 ☐ 가정 ☐ 병원 ☐ 진료실

☐ 기타: _____

어르신의 건의 및 불만 사항에 대한 후속 안내를 어떤 방식으로 받기를 원하시나요?

☐ 구두 ☐ 서면 ☐ 전화 ☐ 기타: _____

불편하셨던 점을 자유롭게 뒷장에 적어주시면 감사하겠습니다.

건의 및 불만 상세 내용:

건의 및 불만 상세 내용: