แบบฟอร์มร้องเรียนค่ารักษาพยาบาล

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- คุณสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนออนไลน์ได้ที่: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- หากต้องการความช่วยเหลือฟรีเกี่ยวกับการร้องเรียนของคุณ คุณสามารถติดต่อ Health Consumer Alliance ได้โดยไปที่ healthconsumer.org หรือโทรไปที่ (888) 804-3536
- โปรแกรมนี้ไม่มีอานาจ (ขอบเขต) ในการพิจารณาข้อพิพาทเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินและค่าธรรมเนียมทั่วไป ความโปร่งใสของราคา การประมาณการโดยสุจริต หรือการเรียกเก็บเงินโดยผู้ให้บริการห้องฉุกเฉิน (นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล)
- หากคุณส่งเอกสารทางไปรษณีย์ โปรดแนบเฉพาะสาเนาเอกสารเท่านั้น **ห้ามส่งเอกสารต้นฉบับ เนื่องจากจะไม่ได้รับการส่งคืน**

ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย

_____ _____

1. ชื่อจริง, ชื่อกลาง, นามสกุล 2. ชื่อที่ต้องการใช้ (ไม่บังคับ)

3. เพศ: ☐ หญิง ☐ ชาย ☐ ไม่ระบุ ☐ ไม่ประสงค์จะระบุ

4. วันเดือนปีเกิด: _____ 5. ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

6. ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

7. สาหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ โปรดเขียนชื่อของบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายด้วยตัวบรรจง: _____

_____

8. ที่อยู่สาหรับส่งจดหมาย, เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์ (5 หลัก), ชื่อประเทศ

_____ _____ _____

9. หมายเลขโทรศัพท์หลัก 10. หมายเลขโทรศัพท์สารอง 11. ที่อยู่อีเมล

12. มีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ บิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายของเด็กอายุต่ากว่า 18 ปี ช่วยคุณยื่นเรื่องร้องเรียนหรือไม่?
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ โปรดกรอก Authorized Representative Form (แบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับอนุญาต) ในหน้า 11

ส่วนที่ 2: ข้อมูลครอบครัว (ณ เวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล)

13. ขนาดครอบครัว: _____

สาหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ครอบครัวหมายรวมถึง: คู่สมรส คู่ชีวิต และบุตรที่อยู่ในความอุปการะที่มีอายุต่ากว่า 21 ปี หรือบุตรที่มีความพิการไม่ว่าจะมีอายุเท่าใด ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม สาหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ากว่า 18 ปี หรือสาหรับบุตรที่อยู่ในความอุปการะที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 20 ปี ครอบครัวหมายรวมถึง: บิดา มารดา ญาติผู้ดูแล และบุตรที่อยู่ในความอุปการะอื่นๆ ของบิดา มารดา หรือญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่ากว่า 21 ปี หรืออายุเท่าใดก็ได้หากเป็นผู้พิการ หากระบุสมาชิกในครอบครัวมากกว่าห้าคน โปรดกรอกแบบฟอร์มเพิ่มเติมในหน้า 10

หมายเลข	ชื่อเต็ม	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ส่วนที่ 3: ข้อมูลโรงพยาบาล

14. ชื่อโรงพยาบาล: _____

15. ที่อยู่, เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์ (5 หลัก): _____

16. วันที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเรียกเก็บเงิน: _____

โปรดแนบสาเนาใบเรียกเก็บเงิน หากมี

17. คุณได้ชาระเงินใดๆ สาหรับบริการที่เกี่ยวข้องแล้วหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

หากใช่ โปรดแนบเอกสารประกอบและวันที่ชาระเงินครั้งล่าสุด (ถ้ามี): _____

18. คุณได้ยื่นขอส่วนลดค่ารักษาพยาบาลและ/หรือการรักษาพยาบาลเพื่อการกุศลกับโรงพยาบาลก่อนที่จะยื่นเรื่องร้องเรียนนี้หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าไม่ใช่ ให้ข้ามไปที่ส่วนที่ 4 *ถ้าใช่ โปรดระบุรายได้ครอบครัวของคุณในวันที่คุณได้รับใบเรียกเก็บเงินค่าบริการครั้งแรก หรือในช่วง 12 เดือนก่อนวันที่คุณได้รับใบเรียกเก็บเงินค่าบริการครั้งแรก*

รายได้ครอบครัวของผู้ป่วย: _____

☐ รายสัปดาห์ ☐ รายสองสัปดาห์ ☐ รายเดือน ☐ รายปี ☐ อื่นๆ: _____

19. วันที่คุณยื่นใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน: _____

20. ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของคุณถูกปฏิเสธหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ถ้าใช่ โปรดระบุวันที่ยื่นอุทธรณ์ (ถ้ามี): _____

ส่วนที่ 4: ข้อมูลแผนประกันสุขภาพ

21. มีส่วนใดของบริการโรงพยาบาลที่ได้รับความคุ้มครองจากเงินทดแทนจากอุบัติเหตุจากการทำงาน ประกันภัยรถยนต์ หรือประกันอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

22. คุณได้ลงทะเบียนในแผนประกันสุขภาพ แผนประกัน และ/หรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (เช่น Medi-Cal, Medicare, ประกันเสริม Medicare เป็นต้น) ในช่วงวันที่เข้ารับบริการที่เป็นประเด็นหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

หากใช่ สาหรับความคุ้มครองแต่ละประเภท โปรดระบุชื่อแผน วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง หมายเลขสมาชิก และทำเครื่องหมายในช่องสาหรับประเภทความคุ้มครองด้านล่าง หากมีให้เลือก

_____ _____ _____

ความคุ้มครองหลัก วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง หมายเลขประจำตัวสมาชิก

☐ ประกันสุขภาพจากนายจ้าง/เชิงพาณิชย์ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ประกันเสริม Medicare

_____ _____ _____

ความคุ้มครองรอง วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง หมายเลขประจำตัวสมาชิก

☐ ประกันสุขภาพจากนายจ้าง/เชิงพาณิชย์ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ประกันเสริม Medicare

_____ _____ _____

ความคุ้มครองอื่นๆ วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง หมายเลขประจำตัวสมาชิก

☐ ประกันสุขภาพจากนายจ้าง/เชิงพาณิชย์ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ประกันเสริม Medicare

_____ _____ _____

ความคุ้มครองอื่นๆ วันที่เริ่มต้นความคุ้มครอง หมายเลขประจำตัวสมาชิก

☐ ประกันสุขภาพจากนายจ้าง/เชิงพาณิชย์ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ ประกันเสริม Medicare

23. แผนประกันสุขภาพ แผนประกัน และ/หรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล
ได้ดาเนินการพิจารณาการเรียกร้องค่าบริการใดๆ ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บหรือไม่?

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่เกี่ยวข้อง ☐ ไม่ทราบ

ส่วนที่ 5: ข้อมูลเกี่ยวกับการทวงหนี้

24. โรงพยาบาลได้ขายหนี้ค่ารักษาพยาบาลนี้ให้บริษัททวงหนี้แล้วหรือไม่ หรือคุณกาลังเสี่ยงที่จะถูกส่งเรื่องให้บริษัททวงหนี้?
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

25. ถ้าใช่ หนี้ดังกล่าวถูกรายงานไปยังสานักงานข้อมูลเครดิตหรือไม่
หรือส่งผลกระทบต่อรายงาน/คะแนนเครดิตของคุณหรือไม่?
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ ☐ ไม่เกี่ยวข้อง
ถ้าใช่ โปรดส่งสาเนารายงานเครดิตของคุณมาด้วย

26. วันที่หนี้ถูกส่งต่อให้บริษัททวงหนี้ หรือวันที่คุณได้รับแจ้งว่าค่ารักษาพยาบาลของคุณอาจถูกส่งให้บริษัททวงหนี้
(หากเกี่ยวข้องและมีข้อมูล): _____

ส่วนที่ 6: ข้อมูลเกี่ยวกับการร้องเรียน

คาอธิบายเกี่ยวกับเรื่องที่คุณร้องเรียน: _____

_____

_____

ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในการยื่นเรื่องร้องเรียนนี้เป็นความจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

_____

ชื่อผู้ป่วย (ตัวบรรจง)

_____

ลายเซ็นของผู้ป่วยหรือตัวแทนทางกฎหมาย

โปรดทราบ: หากแบบฟอร์มร้องเรียนถูกลงนามโดยตัวแทนทางกฎหมาย
จะต้องกรอกแบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับอนุญาตให้ครบถ้วน

ข้าพเจ้าอนุญาตให้กรมส่งเรื่องร้องเรียนของข้าพเจ้าไปยัง Department of Public Health สาหรับปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนวันที่ 1 มกราคม 2024 ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่วนที่ 7: การเผยแพร่ข้อมูล

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

ข้าพเจ้า [เขียนชื่อผู้ป่วยด้วยตัวบรรจง] _____ อนุญาตให้ [เขียนชื่อโรงพยาบาลด้วยตัวบรรจง] _____ เปิดเผยประวัติสุขภาพทั้งหมดของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง ข้อมูลทางการเงิน การเรียกเก็บเงิน ข้อมูลทางการแพทย์ สุขภาพจิต ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด เอชไอวี รายงานการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ และบันทึกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียนที่ข้าพเจ้าได้ยื่น หรือยื่นในนามของข้าพเจ้า ต่อ Department of Health Care Access and Information แห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (HCAI), Hospital Bill Compliant Program (HBCP) เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาว่าโรงพยาบาลที่ระบุชื่อนั้นปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการเรียกเก็บเงินที่เป็นธรรมของโรงพยาบาลและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องหรือไม่

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าประวัติการรักษาความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดของข้าพเจ้า (ถ้ามี) ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎระเบียบของรัฐบาลกลางว่าด้วยการรักษาความลับและ Substance Use Disorder Patient Records 42 CFR ส่วนที่ 2 และ Health Insurance Portability and Accountability Act ปี 1996 (HIPAA) 45 CFR ส่วนที่ 160 และ 164 และไม่สามารถเปิดเผยได้หากไม่ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากข้าพเจ้า เว้นแต่จะมีข้อกำหนดอื่นใดที่ระบุไว้ในกฎระเบียบ

การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้านี้มีผลใช้ได้จนกว่าข้อร้องเรียนของข้าพเจ้าที่ยื่นต่อ HCAI จะได้รับการแก้ไข ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์เพิกถอนการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพได้ทุกเมื่อ และข้าพเจ้าสามารถแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรทางไปรษณีย์ได้ที่:

Department of Health Care Access and Information
Hospital Fair Billing Program
2020 West El Camino, Suite 1101
Sacramento, CA 95833

เว้นแต่จะมีการเพิกถอน การอนุญาตนี้จะหมดอายุลงเมื่อครบกำหนด 12 เดือนนับจากวันที่ข้าพเจ้าลงนามในแบบฟอร์มนี้ หรือเมื่อเรื่องร้องเรียนของข้าพเจ้าได้รับการยุติลง แล้วแต่กรณีใดจะเกิดขึ้นก่อน การเพิกถอนจะมีผลเมื่อ HBCP ได้รับคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรจากข้าพเจ้า เว้นแต่ในกรณีที่ HBCP หรือบุคคลอื่นได้อาศัยความยินยอมก่อนหน้านี้ของข้าพเจ้าในการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ไปแล้ว

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพนี้เป็นไปโดยสมัครใจ แต่ HBCP ไม่สามารถดำเนินการกับข้อร้องเรียนของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลได้หากไม่มีการลงนามในเอกสารอนุญาตนี้

เว้นแต่กฎหมายจะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น กฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนียห้ามไม่ให้ HCAI เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าเพิ่มเติม เว้นแต่ HCAI จะได้รับอนุญาตเป็นอย่างอื่น ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าได้อนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าแก่บุคคลที่ไม่มีข้อผูกมัดทางกฎหมายในการรักษาความลับ ข้อมูลนั้นอาจไม่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายรักษาความลับของรัฐหรือของรัฐบาลกลางอีกต่อไป

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะได้รับสาเนาหนังสืออนุญาตฉบับนี้

ลายเซ็นผู้ป่วย: _____ วันที่: _____

เขียนชื่อของคุณด้วยตัวบรรจง: _____

หากบุคคลที่มีอานาจตามกฎหมายในการกระทาการแทนบุคคลอื่น เช่น บิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้เยาว์ หรือตัวแทนด้านการดูแลสุขภาพ เป็นผู้กรอกแบบฟอร์มนี้ โปรดกรอกข้อมูลต่อไปนี้:

ชื่อผู้กรอกแบบฟอร์มนี้: _____

ลายเซ็นของผู้กรอกแบบฟอร์มนี้: _____

วันที่: _____

โปรดอธิบายด้านล่างว่าบุคคลนี้มีอานาจทางกฎหมายในการลงนามในแบบฟอร์มนี้ได้อย่างไร:

_____

ข้อมูลประชากร

คาถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากรต่อไปนี้จะใช้เพื่อการรายงานและการวิเคราะห์เท่านั้น **ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลที่ไม่บังคับ หากคุณไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลการพิจารณาข้อร้องเรียนของคุณแต่อย่างใด**

1. ภาษา

ภาษาที่ต้องการใช้พูด: _____

คุณต้องการให้เราติดต่อสื่อสารกับคุณด้วยภาษาที่คุณต้องการหรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. เชื้อชาติและ/หรือชาติพันธุ์

คุณมีเชื้อชาติและ/หรือชาติพันธุ์อะไร?
เลือกหมวดหมู่และหมวดหมู่ย่อยทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง และกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่าง หมายเหตุ คุณสามารถรายงานได้มากกว่าหนึ่งกลุ่ม

ชาวอเมริกันพื้นเมืองหรือชาวอะแลสกาพื้นเมือง ☐
โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง
☐ ชนเผ่านาวาโฮ ☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

ชาวเอเชีย หรือ ชาวอเมริกันเชื้อสายเอเชีย ☐
โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง
☐ ชาวอินเดีย ☐ ชาวกัมพูชา ☐ ชาวจีน ☐ ชาวฟิลิปปินส์ ☐ ชาวม้ง ☐ ชาวญี่ปุ่น ☐ ชาวเกาหลี
☐ ชาวลาว ☐ ชาวปากีสถาน ☐ ชาวเวียดนาม ☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

คนผิวดา หรือ ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ☐
โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง
☐ ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน ☐ ชาวบาร์เบโดส ☐ ชาวเอธิโอเปีย ☐ ชาวกานา ☐ ชาวเฮติ ☐ ชาวจาเมกา
☐ ชาวเคนยา ☐ ชาวไนจีเรีย ☐ ชาวโซมาเลีย ☐ ชาวแอฟริกาใต้ ☐ ชาวซูดาน
☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

เชื้อสายฮิสแปนิกหรือลาติน ☐
โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง
☐ ชาวโคลอมเบีย ☐ ชาวคิวบา ☐ ชาวโดมินิกัน ☐ ชาวเอกวาดอร์ ☐ ชาวกัวเตมาลา ☐ ชาวฮอนดูรัส
☐ ชาวเม็กซิกันหรือชาวเม็กซิกันอเมริกัน ☐ ชาวเปอร์โตริโก ☐ ชาวเอลซัลวาดอร์ ☐ ชาวสเปน
☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

ชาวตะวันออกกลางหรือแอฟริกาเหนือ ☐
โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง
☐ ชาวอัฟกัน ☐ ชาวแอลจีเรีย ☐ ชาวอาร์เมเนีย ☐ ชาวอียิปต์ ☐ ชาวอิหร่าน ☐ ชาวอิรัก ☐ ชาวอิสราเอล
☐ ชาวเคิร์ด ☐ ชาวเลบานอน ☐ ชาวโมร็อกโก ☐ ชาวซีเรีย
☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

ชาวพื้นเมืองฮาวายหรือชาวหมู่เกาะแปซิฟิก ☐

โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง

☐ ชาวชามอร์โร ☐ ชาวชูเกส ☐ ชาวฟิจิ ☐ ชาวกวม ☐ ชาวมาร์แชลล์ ☐ ชาวฮาวายพื้นเมือง ☐ ชาวปาเลา
☐ ชาวซามัว ☐ ชาวตาฮิเตียน ☐ ชาวตองกา ☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

คนผิวขาว ☐

โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง

☐ ชาวดัตช์ ☐ ชาวอังกฤษ ☐ ชาวฝรั่งเศส ☐ ชาวเยอรมัน ☐ ชาวไอริช ☐ ชาวอิตาลี ☐ ชาวนอร์เวย์
☐ ชาวโปแลนด์ ☐ ชาวโปรตุเกส ☐ ชาวรัสเซีย ☐ ชาวสก็อตแลนด์
☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูล: _____

3. อัตลักษณ์ทางเพศ

โปรดระบุรายละเอียดด้านล่าง

☐ หญิง ☐ ชาย ☐ หญิงเปลี่ยนเป็นชาย/ชายข้ามเพศ/ผู้ชายข้ามเพศ
☐ ชายเปลี่ยนเป็นหญิง/หญิงข้ามเพศ/ผู้หญิงข้ามเพศ
☐ เพศสภาพไม่ตรงกับเพศกาเนิด (ไม่ใช่ทั้งชายหรือหญิงโดยเฉพาะ) ☐ ไม่ทราบ/ไม่ต้องการระบุ
☐ ช่องสาหรับกรอกข้อมูลเพิ่มเติม: _____

ประกาศตามพระราชบัญญัติการปฏิบัติด้านข้อมูลข่าวสารปี 1977

พระราชบัญญัติการปฏิบัติด้านข้อมูลข่าวสารปี 1977 (มาตรา 1798.17 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งแคลิฟอร์เนีย) กำหนดให้ต้องมีประกาศดังต่อไปนี้:

- มาตรา 127436 แห่งประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย ให้อำนาจแก่ Department of Health Care Access and Information (HCAI)
  ในการตรวจสอบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับนโยบายส่วนลดค่ารักษาพยาบาลและ/หรือการรักษาพยาบาลเพื่อการกุศลของโรงพยาบาล
- โปรแกรมการเรียกเก็บค่าบริการอย่างเป็นธรรมของโรงพยาบาลของ HCAI
  ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณในการตรวจสอบข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการของโรงพยาบาล
- คุณสามารถให้ข้อมูลนี้แก่ HCAI โดยสมัครใจได้ แม้ว่าจะไม่ใช่ข้อบังคับก็ตาม อย่างไรก็ตาม
  หากคุณไม่ให้ข้อมูลที่ร้องขอ HCAI อาจไม่สามารถตรวจสอบข้อร้องเรียนของคุณได้
- HCAI อาจเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคุณตามความจำเป็นแก่โรงพยาบาลและผู้ให้บริการเพื่อตรวจสอบข้อร้องเรียนของคุณ
- HCAI อาจเปิดเผยข้อมูลของคุณให้กับหน่วยงานรัฐบาลอื่นๆ ตามที่กฎหมายกำหนดหรืออนุญาต
- คุณมีสิทธิ์ที่จะดูข้อมูลส่วนตัวของคุณ
  หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการรักษาความเป็นส่วนตัวของข้อมูลที่ระบุตัวตนได้ ซึ่งจัดเก็บโดย HCAI โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่:

  Department of Health Care Access and Information
  Privacy Officer
  2020 West El Camino, Suite 800
  Sacramento, CA 95833
  Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
  hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

ก่อนที่คุณจะยื่นเรื่อง

หากคุณต้องการให้ HCAI
ตรวจสอบว่าคุณถูกโรงพยาบาลปฏิเสธความช่วยเหลือในการชำระค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่
คุณต้องยื่นขอความช่วยเหลือทางการเงินจากโรงพยาบาลที่คุณเข้ารับบริการแล้ว
หากคุณยังไม่ได้ยื่นใบสมัครกับโรงพยาบาล คุณควรติดต่อโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสมัคร
หากคุณต้องการความช่วยเหลือ คุณสามารถโทรติดต่อ Health Consumer Alliance ได้ที่หมายเลข (888) 804-3536 หรือไปที่ healthconsumer.org เพื่อดูข้อมูลเพิ่มเติม

วิธีการยื่นเอกสาร

1. ยื่นเรื่องร้องเรียนออนไลน์ได้ที่ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (นี่เป็นวิธีที่เร็วที่สุดในการยื่นเรื่อง) ทำตามคำแนะนำออนไลน์และลงชื่อในแบบฟอร์มร้องเรียน
2. หากคุณใช้ตัวแทนที่ได้รับอนุญาต โปรดกรอกแบบฟอร์ม 'แบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับอนุญาต'
3. แนบสำเนาแบบแสดงรายการภาษีล่าสุดหรือสลิปเงินเดือนล่าสุดของคุณมาด้วย
4. คุณสามารถแนบเอกสารอื่นๆ ที่สนับสนุนคำขอของคุณได้ เช่น เอกสารต่อไปนี้:
   - ใบประเมินค่ารักษาพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรจากโรงพยาบาล

- เอกสารใดๆ ที่แสดงหลักฐานการชาระเงินสาหรับบริการที่เรียกเก็บเงิน
- การติดต่อสื่อสารใดๆ
  กับแผนประกันสุขภาพหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลเกี่ยวกับบริการที่เรียกเก็บเงิน
- หลักฐานที่แสดงว่าหนี้ค่ารักษาพยาบาลถูกส่งต่อให้บริษัททวงหนี้
  หรือมีความเสี่ยงที่จะถูกส่งต่อให้บริษัททวงหนี้
- หากคะแนนเครดิตของคุณได้รับผลกระทบ โปรดส่งสาเนารายงานเครดิตของคุณมาให้ด้วย

โปรดทราบว่า
เราจะพิจารณาเฉพาะเอกสารที่เกี่ยวข้องกับวันที่เข้ารับบริการตามที่ระบุไว้ในคาร้องเรียนของคุณเท่านั้น

5. หากคุณไม่ได้ส่งเรื่องร้องเรียนทางออนไลน์ โปรดส่งแบบฟอร์มร้องเรียนและเอกสารประกอบใดๆ ทางไปรษณีย์ไปที่:

   Department of Health Care Access and Information
   Hospital Bill Complaint Program
   2020 West El Camino, Suite 1101
   Sacramento, CA 95833

เอกสารส าหรับสมาชิกในครอบครัวเพิ่มเติม
HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

กรุณากรอกข้อมูลในหน้านี้หากคุณต้องการระบุรายชื่อสมาชิกในครอบครัวเพิ่มเติม หากต้องการพื้นที่เพิ่มเติม โปรดท าส าเนาเพิ่มเติมของหน้านี้เพื่อแนบไปพร้อมกับค าร้องเรียนของคุณ

ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว

สาหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ครอบครัวหมายรวมถึง: คู่สมรส คู่ชีวิต และบุตรที่อยู่ในความอุปการะที่มีอายุต่ากว่า 21 ปี หรือบุตรที่มีความพิการไม่ว่าจะมีอายุเท่าใด ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม สาหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ากว่า 18 ปี หรือสาหรับบุตรที่อยู่ในความอุปการะที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 20 ปี ครอบครัวหมายรวมถึง: บิดา มารดา ญาติผู้ดูแล และบุตรที่อยู่ในความอุปการะอื่นๆ ของบิดา มารดา หรือญาติผู้ดูแลที่มีอายุต่ากว่า 21 ปี หรืออายุเท่าใดก็ได้หากเป็นผู้พิการ

หมายเลข	ชื่อเต็ม	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

แบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับอนุญาต

HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- หากคุณต้องการอนุญาตให้บุคคลอื่นเป็นตัวแทนหรือช่วยเหลือคุณในการร้องเรียน โปรดกรอกส่วน A และ B ด้านล่าง
- **หากคุณเป็นบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายที่ยื่นเรื่องร้องเรียนนี้ในนามของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี คุณไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มนี้**
- หากคุณกำลังยื่นเรื่องร้องเรียนนี้ในนามของผู้ป่วย และได้รับมอบหมายตามกฎหมายให้ดำเนินการแทนผู้ป่วย โปรดกรอกเฉพาะส่วน B เท่านั้น
  คุณต้องแนบสำเนาเอกสารที่แสดงว่าคุณมีอำนาจทางกฎหมายในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย

ส่วน A: ผู้ป่วยกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าอนุญาตให้บุคคลที่ระบุชื่อไว้ด้านล่างในส่วน B ดำเนินการแทนข้าพเจ้าในการยื่นเรื่องร้องเรียนต่อ Department of Health Care Access and Information (HCAI) ข้าพเจ้าอนุญาตให้เจ้าหน้าที่ HCAI แบ่งปันข้อมูลทางการเงินและข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้ากับบุคคลที่ระบุชื่อด้านล่างนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจและยอมรับว่าเอกสารเหล่านี้อาจรวมถึงข้อมูลทางการเงิน การเรียกเก็บเงิน ข้อมูลทางการแพทย์ สุขภาพจิต การใช้สารเสพติด เอชไอวี รายงานการตรวจวินิจฉัยด้วยภาพ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียน

การอนุมัติการเป็นตัวแทนนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยุติการเป็นตัวแทนนี้ได้ หากข้าพเจ้าต้องการยุติการเป็นตัวแทน ข้าพเจ้าต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร

_____ _____

1. ลายเซ็นผู้ป่วย 2. เขียนชื่อของผู้ป่วยด้วยตัวบรรจง

3. วันที่: _____

ส่วน B: กรอกข้อมูลโดยผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

4. ชื่อผู้ป่วย: _____

5. ชื่อตัวแทนที่ได้รับมอบหมาย: _____

6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: _____

_____

7. ที่อยู่สำหรับส่งจดหมาย, เมือง, รัฐ, รหัสไปรษณีย์ (5 หลัก), ชื่อประเทศ

_____ _____

8. หมายเลขโทรศัพท์ 9. ที่อยู่อีเมล

_____ _____

10. ลายเซ็นของตัวแทนที่ได้รับอนุญาต 11. วันที่

12. ☐ เอกสารแสดงอำนาจทางกฎหมายของข้าพเจ้าในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนของผู้ป่วยแนบมาด้วยแล้ว (ทำเครื่องหมายหากเกี่ยวข้อง)