

## แบบฟอร์มการร้องเรียนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ คุณสามารถยื่นร้องเรียนทางออนไลน์ได้ที่: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).
- ✓ สำหรับความช่วยเหลือฟรีเกี่ยวกับการร้องเรียนของคุณ คุณสามารถติดต่อ Health Consumer Alliance ได้โดยไปที่ [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org) หรือโทร (888) 804-3536
- ✓ เพื่อให้ HCAI ตรวจสอบว่าคุณถูกโรงพยาบาลปฏิเสธการช่วยเหลือในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่เป็นธรรมหรือไม่ คุณต้องสมัครรับส่วนลดและ/หรือสมัครรับบริการสุขภาพฟรีก่อนที่คุณจะยื่นเรื่องร้องเรียนนี้
- ✓ หากคุณกำลังจัดส่งเอกสารทางไปรษณีย์ โปรดส่งเฉพาะสำเนาเอกสารเท่านั้น  
อย่าส่งเอกสารตัวจริงเพราะคุณจะไม่ได้รับคืน

## ส่วนที่ 1: ข้อมูลผู้ป่วย

1. ชื่อจริง ชื่อกลาง นามสกุล \_\_\_\_\_
  2. ชื่อที่ต้องการ (ไม่บังคับ) \_\_\_\_\_
  3. เพศ:  หญิง  ชาย  ไม่ทราบ  ขอไม่ตอบ
  4. วันเดือนปีเกิด: \_\_\_\_\_
  5. ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วใช่ไหม  ใช่  ไม่ใช่
  6. ผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่
  7. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ โปรดพิมพ์ชื่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมาย: \_\_\_\_\_
  8. ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์ (5 หลัก) ชื่อประเทศ \_\_\_\_\_
  9. หมายเลขโทรศัพท์หลัก \_\_\_\_\_
  10. หมายเลขโทรศัพท์สำรอง \_\_\_\_\_
  11. ที่อยู่อีเมล \_\_\_\_\_
  12. มีบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีช่วยยื่นเรื่องร้องเรียนหรือไม่  
 ใช่  ไม่ใช่
- หากใช่ โปรดกรอกแบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

## ส่วนที่ 2: ข้อมูลครอบครัว

สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้ระบุชื่อ-นามสกุล อายุ และความสัมพันธ์กับบุคคลต่อไปนี้: คู่สมรส คู่ครองที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และบุตรในอุปการะที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี (ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม)

สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ระบุชื่อ-นามสกุล อายุ และความสัมพันธ์กับบุคคลต่อไปนี้: บิดามารดา ญาติผู้ดูแล และเด็กคนอื่น ๆ ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีของบิดามารดาหรือญาติผู้ดูแล (หากมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 6 คน ให้กรอกภาคผนวกในหน้า 10)

เลขที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

### ส่วนที่ 3: ข้อมูลโรงพยาบาล

13. ชื่อโรงพยาบาล: \_\_\_\_\_

14. ที่อยู่ เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์ (5 หลัก)

15. วันที่เข้ารับการรักษา: \_\_\_\_\_ 16. วันที่ออกจากโรงพยาบาล: \_\_\_\_\_

17. คุณได้รับการประเมินค่าใช้จ่ายเป็นลายลักษณ์อักษรจากโรงพยาบาลหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  
หากใช่ ให้แนบเอกสารประกอบถ้ามี

18. วันที่เข้ารับบริการที่มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล: \_\_\_\_\_  
หากมีการเข้ารับการรักษาเกินกว่าหนึ่งครั้งหรือได้รับบริการหลายครั้งด้วยกัน โปรดส่งเรื่องร้องเรียนแยกต่างหาก

19. คุณได้จ่ายเงินจำนวนใด ๆ สำหรับบริการที่เป็นปัญหาหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ  
หากใช่ ให้ส่งเอกสารประกอบและวันที่ชำระเงินครั้งสุดท้าย: \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ 4: ข้อมูลแผนประกันสุขภาพ

20. เป็นการให้บริการของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บที่เกิดจากบุคคลที่สาม (เช่น อุบัติเหตุทางรถยนต์ อาชญากรรม หรือการบาดเจ็บจากการทำงาน) หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

21. คุณได้ลงทะเบียนในแผนประกันสุขภาพ แผนประกันภัย และ/หรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล (เช่น Medi-Cal, Medicare, Medicare Extra Insurance ฯลฯ) ในช่วงวันที่เข้ารับบริการที่เป็นปัญหาหรือไม่  
 ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

หากใช่ สำหรับความคุ้มครองแต่ละประเภท โปรดระบุชื่อแผน วันที่ความคุ้มครองมีผลบังคับใช้ หมายเลขประจำตัวสมาชิก และทำเครื่องหมายในช่องประเภทความคุ้มครองด้านล่าง ถ้ามี

\_\_\_\_\_ ความคุ้มครองหลัก \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มคุ้มครอง \_\_\_\_\_ หมายเลขประจำตัวสมาชิก

ธุรกิจ/นายจ้าง  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

\_\_\_\_\_ ความคุ้มครองทุติยภูมิ \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มคุ้มครอง \_\_\_\_\_ หมายเลขประจำตัวสมาชิก

ธุรกิจ/นายจ้าง  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

\_\_\_\_\_ ความคุ้มครองอื่น ๆ \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มคุ้มครอง \_\_\_\_\_ หมายเลขประจำตัวสมาชิก

ธุรกิจ/นายจ้าง  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

\_\_\_\_\_ ความคุ้มครองอื่น ๆ \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มคุ้มครอง \_\_\_\_\_ หมายเลขประจำตัวสมาชิก

ธุรกิจ/นายจ้าง  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

## 22. แผนประกันสุขภาพ แผนประกันภัย

และ/หรือ โครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลได้ดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ทางโรงพยาบาลเรียกเก็บหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่เกี่ยวข้อง  ไม่ทราบ

## 23. หากใช่ ผู้ป่วยได้ยื่นเรื่องร้องเรียนหรืออุทธรณ์แผนประกันสุขภาพ แผนประกันภัย

หรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลเกี่ยวกับการถูกปฏิเสธหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่  ไม่เกี่ยวข้อง  ไม่ทราบ

หากใช่ ให้แนบสำเนาหนังสือคำตัดสินจากแผนประกันสุขภาพ แผนประกันภัยหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาล และวันที่ที่ข้อร้องเรียนหรือการอุทธรณ์ได้รับการแก้ไข หากมี

24. วันที่ที่ข้อร้องเรียนหรือการอุทธรณ์ได้รับการแก้ไข หากมีและใช่ได้: \_\_\_\_\_

## ส่วนที่ 5: ข้อมูลการติดตามทวงถามหนี้

## 25.

โรงพยาบาลได้ขายหนี้ค่ารักษาพยาบาลนี้ให้กับบริษัทติดตามทวงถามหนี้หรือคุณมีความเสี่ยงที่จะถูกบริษัททวงถามหนี้หรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ

## 26. หากใช่ มีการรายงานหนี้ไปยังเครดิตบูโรหรือมีผลกระทบต่อรายงานเครดิต/คะแนนของคุณหรือไม่

ใช่  ไม่ใช่  ไม่ทราบ  ไม่เกี่ยวข้อง

หากใช่ โปรดส่งสำเนารายงานเครดิตของคุณ

27. ชื่อผู้ทวงถามหนี้ หากมีและใช่ได้: \_\_\_\_\_

28. วันที่หนี้ถูกขายให้กับบริษัททวงถามหนี้ หากมีและใช่ได้: \_\_\_\_\_

29. หมายเลขบัญชี หากมีและใช่ได้: \_\_\_\_\_

ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าให้ไว้ในการยื่นเรื่องร้องเรียนนี้เป็นความจริงและถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ

ชื่อผู้ป่วย (พิมพ์)

ลายมือชื่อของผู้ป่วยหรือตัวแทนทางกฎหมาย

โปรดทราบ: หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจทางการแพทย์และ/หรือทางการเงินได้

และต้องการตัวแทนเพื่อช่วยในการร้องเรียน หรือสำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิต

โปรดกรอกแบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจที่แนบมาด้วย หากไม่มีลายเซ็นที่ถูกต้องจากผู้ป่วย

ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจจะต้องจัดเตรียมเอกสารของผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย (เช่น หนังสือมอบอำนาจ เอกสารการเป็นผู้พิทักษ์ หนังสือแต่งตั้งผู้จัดการมรดก ฯลฯ)

**ส่วนที่ 6: การเปิดเผยข้อมูล**

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

ข้าพเจ้า [พิมพ์ชื่อผู้ป่วย] \_\_\_\_\_ อนุญาตให้ [พิมพ์ชื่อโรงพยาบาล]

\_\_\_\_\_ เปิดเผยข้อมูลสุขภาพทั้งหมดของข้าพเจ้ารวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง

ข้อมูลทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาล ข้อมูลทางการแพทย์ สุขภาพจิต ภาวะติดสารเสพติด เอชไอวี  
รายงานภาพวินิจฉัย และบันทึกข้อมูลอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนที่ข้าพเจ้ายื่นหรือยื่นในนามของข้าพเจ้า กับ California Department of  
Health Care Access and Information (HCAI), Hospital Bill Complaint Program (HBCP)  
เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาว่าโรงพยาบาลในชื่อดังกล่าวนั้นปฏิบัติตามพระราชบัญญัติการเรียกเก็บค่า  
รักษาพยาบาลที่เป็นธรรมและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องหรือไม่

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบันทึกข้อมูลภาวะติดสารเสพติดของข้าพเจ้า (ถ้ามี)

ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎระเบียบของรัฐบาลกลางที่ควบคุมการรักษาความลับและประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะติ  
ดสารเสพติด 42 C.F.R. ส่วนที่ 2 และกฎหมาย Health Insurance Portability and Accountability  
Act ปี 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. ส่วนที่ 160 และ 164

และไม่สามารถเปิดเผยได้หากไม่ได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากข้าพเจ้า

เว้นแต่จะกำหนดไว้เป็นอย่างอื่นโดยกฎระเบียบ

การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของข้าพเจ้านี้มีผลจนกว่าการร้องเรียนของข้าพเจ้าที่ HCAI  
จะได้รับการแก้ไขข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้เพิกถอนการอนุญาตนี้ในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพได้ตลอดเวลา  
และข้าพเจ้าอาจดำเนินการดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรทางไปรษณีย์ไปยัง:

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

เว้นแต่จะมีการเพิกถอนเป็นอย่างอื่น การอนุญาตนี้จะหมดอายุใน 12

เดือนหลังจากวันที่ข้าพเจ้าลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ หรือเมื่อการร้องเรียนของข้าพเจ้าถูกปิด

ขึ้นอยู่กับการที่ใดจะเกิดขึ้นก่อน การเพิกถอนจะมีผลเมื่อ HBCP

ได้รับคำขอของข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร ยกเว้นในขอบเขตที่ HBCP

หรือบุคคลอื่นได้อาศัยความยินยอมล่วงหน้าของข้าพเจ้าในการเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการอนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพนี้เป็นความสมัครใจแต่ HBCP

จะไม่สามารถดำเนินการตามข้อร้องเรียนของข้าพเจ้าเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้หากไม่มีการ  
ลงลายมือชื่อในการเผยแพร่ข้อมูลนี้

เว้นแต่กฎหมายจะกำหนดไว้ กฎหมายแห่งรัฐแคลิฟอร์เนียห้ามมิให้ HCAI  
เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าเพิ่มเติมเว้นแต่ HCAI จะได้รับอนุญาตอีกครั้ง  
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้าพเจ้าอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าแก่บุคคลที่ไม่ได้ถูกกฎหมายกำ  
หนดให้ต้องรักษาความลับของข้อมูล  
ข้อมูลดังกล่าวอาจไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายการรักษาความลับของรัฐหรือรัฐบาลกลางอีกต่อไป

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับสำเนาหนังสืออนุญาตนี้

ลายเซ็นผู้ป่วย: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

พิมพ์ชื่อของคุณ: \_\_\_\_\_

หากแบบฟอร์มนี้กรอกโดยบุคคลที่มีอำนาจตามกฎหมายในการดำเนินการในนามของบุคคล เช่น  
บิดามารดาหรือผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้เยาว์หรือตัวแทนด้านการดูแลสุขภาพ  
โปรดกรอกข้อมูลต่อไปนี้:

ชื่อบุคคลที่กรอกแบบฟอร์มนี้: \_\_\_\_\_

ลายเซ็นของบุคคลที่กรอกแบบฟอร์มนี้: \_\_\_\_\_

วันที่: \_\_\_\_\_

อธิบายด้านล่างว่าบุคคลนี้มีอำนาจตามกฎหมายในการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้อย่างไร:

\_\_\_\_\_

## ข้อมูลประชากร

คำถามเชิงประชากรต่อไปนี้จะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการรายงานและการวิเคราะห์เท่านั้น **ข้อมูลนี้ไม่บังคับ** หากคุณไม่ต้องการให้ข้อมูลนี้ก็จะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการร้องเรียนของคุณแต่อย่างใด

### 1. ภาษา

ภาษาพูดที่ต้องการ: \_\_\_\_\_

คุณต้องการให้เราสื่อสารกับคุณด้วยภาษาที่คุณต้องการหรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

### 2. เชื้อชาติและ/หรือชาติพันธุ์

**คุณมีเชื้อชาติและ/หรือชาติพันธุ์อะไร**

เลือกหมวดหมู่และหมวดหมู่ย่อยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องและกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมในช่องที่มีให้กรอกด้านล่าง โปรดทราบว่าคุณสามารถเลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งกลุ่ม

**ชาวอเมริกันอินเดียหรือชนพื้นเมืองอะแลสกา**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

ชนเผ่านาวาโฮ  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**ชาวเอเชียหรืออเมริกันเชื้อสายเอเชีย**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

ชาวอินเดียเชื้อสายเอเชีย  ชาวกัมพูชา  ชาวจีน  ชาวฟิลิปปินส์  ชาวม้ง  ชาวญี่ปุ่น  ชาวเกาหลี

ชาวลาว  ชาวปากีสถาน  ชาวเวียดนาม  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**ชนผิวดำหรือชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

ชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกา  ชาวบาร์เบโดส  ชาวเอธิโอเปีย  ชาวกานา  ชาวเฮติ  ชาวจาเมกา

ชาวเคนยา  ชาวไนจีเรีย  ชาวโซมาลี  ชาวแอฟริกาใต้  ชาวซูดาน  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**ชาวฮิสแปนิกหรือละติน**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

ชาวโคลอมเบีย  ชาวคิวบา  ชาวโดมินิกัน  ชาวเอกวาดอร์  ชาวกัวเตมาลา  ชาวฮอนดูรัส

ชาวเม็กซิกันหรือชาวอเมริกันเชื้อสายเม็กซิกัน  ชาวเปอร์โตริโก  ชาวซัลวาดอร์  ชาวสเปน

ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**ชาวตะวันออกกลางหรือแอฟริกาเหนือ**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

ชาวอัฟกานิสถาน  ชาวแอลจีเรีย  ชาวอาร์มีเนีย  ชาวอียิปต์  ชาวอิหร่าน  ชาวอิรัก  ชาวอิสราเอล

ชาวเคิร์ด  ชาวเลบานอน  ชาวโมร็อกโก  ชาวซีเรีย  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**ชาวฮาวายพื้นเมือง หรือชาวเกาะแปซิฟิก**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

ชาวชามอร์โร  ชาวซุก  ชาวฟิลิ  ชาวกวามาเนีย  ชาวมาร์แชลล์  ชนพื้นเมืองฮาวาย  ชาวปาเลา

ชาวชามัว  ชาวตาฮิติ  ชาวตองกา  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**ชนผิวขาว**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

- ชาวเดัตช์  ชาวอังกฤษ  ชาวฝรั่งเศส  ชาวเยอรมัน  ชาวไอริช  ชาวอิตาลี  ชาวอเมริกัน  
 ชาวโปแลนด์  ชาวโปรตุเกส  ชาวรัสเซีย  ชาวสก๊อตแลนด์  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

**3. อัตลักษณ์ทางเพศ**

*โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่าง*

- หญิง  ชาย  จากหญิงเป็นชาย/ชายข้ามเพศ/ทรานส์แมน  
 จากชายเป็นหญิง/หญิงข้ามเพศ/ทรานส์วูแมน  ไม่ระบุเพศ (ไม่ระบุว่าเป็นชายหรือหญิง)  
 ไม่ทราบ/ไม่ประสงค์ที่จะตอบ  ตัวเลือกกรอกเอง: \_\_\_\_\_

## ประกาศพระราชบัญญัติแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูลฉบับปี ค.ศ. 1977

พระราชบัญญัติแนวทางปฏิบัติด้านข้อมูลฉบับปี ค.ศ. 1977 (ประมวลกฎหมายแพ่งรัฐแคลิฟอร์เนียมาตรา 1798.17) กำหนดให้ต้องมีประกาศดังต่อไปนี้:

- ประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยมาตรา 127436 ให้อำนาจแก่ Department of Health Care Access and Information (HCAI) ในการตรวจสอบข้อร้องเรียนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายส่วนลดของโรงพยาบาลและ/หรือ นโยบายบริการสุขภาพฟรี
- โครงการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่เป็นธรรมของ HCAI ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณเพื่อตรวจสอบการร้องเรียนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของคุณ
- คุณอาจให้ข้อมูลนี้แก่ HCAI โดยสมัครใจแม้ว่าจะไม่จำเป็นก็ตาม อย่างไรก็ตามหากคุณไม่ให้ข้อมูลที่ร้องขอ HCAI อาจไม่สามารถตรวจสอบข้อร้องเรียนของคุณได้
- HCAI อาจเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคุณตามความจำเป็นกับโรงพยาบาลและผู้ให้บริการเพื่อตรวจสอบข้อร้องเรียนของคุณ
- HCAI อาจเปิดเผยข้อมูลของคุณกับหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐตามที่กฎหมายกำหนดหรืออนุญาต

คุณมีสิทธิ์ที่จะดูข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ

หากคุณต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีคำถามเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวของคุณสามารถระบุตัวตนได้ที่ที่อยู่ภายใต้การดูแลโดย HCAI โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่ความเป็นส่วนตัวที่:

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

### ก่อนที่คุณจะยื่น

หากคุณต้องการให้ HCAI

ตรวจสอบว่าคุณถูกโรงพยาบาลปฏิเสธการช่วยเหลือในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลอย่างไม่เป็นธรรมหรือไม่ คุณต้องสมัครเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงินที่โรงพยาบาลที่คุณได้รับบริการ หากคุณยังไม่ได้สมัครกับโรงพยาบาล คุณควรติดต่อโรงพยาบาลเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสมัคร หากคุณต้องการความช่วยเหลือ คุณสามารถโทรหา Health Consumer Alliance ได้ที่ 888-804-3536 หรือไปที่ [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

### วิธีการยื่น

1. ยื่นทางออนไลน์ที่ [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) (นี่เป็นวิธีการยื่นที่เร็วที่สุด) ปฏิบัติตามคำแนะนำทางออนไลน์และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการร้องเรียน
2. หากคุณใช้ตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ ให้กรอก 'แบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ'
3. แนบสำเนา W-2 ล่าสุดหรือสลิปเงินเดือน 6 เดือนของคุณมาด้วย



4. คุณอาจเพิ่มเอกสารอื่น ๆ ที่สนับสนุนคำขอของคุณเช่นเอกสารใด ๆ ต่อไปนี้:

- การประเมินค่าใช้จ่ายที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากโรงพยาบาล
- เอกสารใด ๆ ที่แสดงการชำระเงินสำหรับบริการที่เรียกเก็บเงิน
- การสื่อสารใด ๆ  
กับแผนประกันสุขภาพของคุณหรือโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลเกี่ยวกับบริการที่เรียกเก็บเงิน
- หลักฐานหนี้ค่ารักษาพยาบาลที่ถูกขายให้กับบริษัทติดตามทวงถามหนี้หรือมีความเสี่ยงที่จะถูกติดตามทวงถามหนี้
- สำเนารายงานเครดิตของคุณหากคะแนนเครดิตของคุณได้รับผลกระทบ

โปรดทราบว่าเฉพาะเอกสารที่เกี่ยวข้องกับวันที่เข้ารับบริการที่ระบุไว้ในการร้องเรียนของคุณเท่านั้นที่จะได้รับการพิจารณา

5. หากคุณไม่ได้ส่งทางออนไลน์ โปรดส่งแบบฟอร์มการร้องเรียนของคุณและเอกสารประกอบใด ๆ ไปที่:

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

**ภาคผนวกของสมาชิกครอบครัวเพิ่มเติม**

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

โปรดกรอกข้อมูลในหน้านี้หากคุณมีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการเพิ่มเข้ามา หากต้องการพื้นที่มากกว่านี้โปรดทำสำเนาหน้านี้เพิ่มเติมเพื่อส่งไปพร้อมกับการร้องเรียนของคุณ

**ข้อมูลครอบครัว**

สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้ระบุชื่อ-นามสกุล อายุ และความสัมพันธ์กับบุคคลต่อไปนี้: คู่สมรส คู่ครองที่อาศัยอยู่ด้วยกัน บุตรในอุปการะที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี (ไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่บ้านหรือไม่ก็ตาม)

สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ระบุชื่อ-นามสกุล อายุ และความสัมพันธ์กับบุคคลต่อไปนี้: บิดามารดา ญาติผู้ดูแล และเด็กคนอื่น ๆ ที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปีของบิดามารดาหรือญาติผู้ดูแล

เลขที่	ชื่อ-นามสกุล	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

**แบบฟอร์มตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ**

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- หากคุณต้องการให้สิทธิ์แก่บุคคลอื่นเพื่อเป็นตัวแทนของคุณหรือช่วยเหลือคุณเกี่ยวกับการร้องเรียน ให้กรอกส่วน A และ B ด้านล่าง
- หากคุณเป็นพ่อแม่หรือผู้ปกครองตามกฎหมายที่ส่งเรื่องร้องเรียนนี้สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี **คุณไม่จำเป็นต้องกรอกแบบฟอร์มนี้**
- หากคุณกำลังยื่นเรื่องร้องเรียนนี้สำหรับผู้ป่วยและคุณได้รับมอบหมายตามกฎหมายให้ดำเนินการในนามของผู้ป่วย โปรดกรอกข้อมูลในส่วน B เท่านั้น  
คุณต้องแนบสำเนาเอกสารที่มอบอำนาจตามกฎหมายให้แก่คุณในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจของผู้ป่วย

**ส่วน A: กรอกโดยผู้ป่วย**

ข้าพเจ้านุญาตให้บุคคลที่มีชื่อด้านล่างในส่วน B ดำเนินการในนามของข้าพเจ้าในการร้องเรียนของข้าพเจ้าที่ยื่นต่อ Department of Health Care Access and Information (HCAI) ข้าพเจ้านุญาตให้เจ้าหน้าที่ HCAI แบ่งปันข้อมูลทางการเงินและข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยของข้าพเจ้าและการดูแลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีชื่อด้านล่างนี้ ข้าพเจ้าเข้าใจและรับทราบว่าบันทึกเหล่านี้อาจรวมถึงข้อมูลทางการเงิน การเรียกเก็บเงิน การแพทย์ สุขภาพจิต การใช้สารเสพติด เอชไอวี รายงานภาพวินิจฉัย และบันทึกอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียน

การอนุมัติของข้าพเจ้าในการเป็นตัวแทนนี้เป็นไปโดยสมัครใจและข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะยุติการเป็นตัวแทนนี้ หากข้าพเจ้าต้องการยุติการเป็นตัวแทน ข้าพเจ้าต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร

1. ลายเซ็นผู้ป่วย

2. ชื่อผู้ป่วยที่เป็นตัวพิมพ์

3. วันที่: \_\_\_\_\_

**ส่วน B: กรอกโดยผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย**

4. ชื่อผู้ป่วย: \_\_\_\_\_

5. ชื่อตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ: \_\_\_\_\_

6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: \_\_\_\_\_

7. ที่อยู่ทางไปรษณีย์ เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์ (5 หลัก) ชื่อประเทศ

8. หมายเลขโทรศัพท์

9. ที่อยู่อีเมล

10. ลายเซ็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจ

11. วันที่

12. เอกสารของข้าพเจ้าเกี่ยวกับอำนาจตามกฎหมายในการทำหน้าที่เป็นตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจของผู้ป่วยที่แนบมาด้วย (ตรวจสอบถ้ามี)