

## نموذج شكوى بشأن فاتورة مستشفى HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- يمكنك تقديم شكاوى إلكترونيًا عبر: [hcai.ca.gov/HospitalBillHelp](https://hcai.ca.gov/HospitalBillHelp).
- للحصول على مساعدة مجانية بخصوص شكاوىك، يمكنك الاتصال بمنظمة Health Consumer Alliance من خلال زيارة [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org)، أو الاتصال على الرقم (888) 804-3536.
- لا يمتلك هذا البرنامج بالولاية القضائية (سلطة) على النزاعات العامة المتعلقة بالفواتير والرسوم، أو شفافية الأسعار، أو تقديرات التكاليف بحسن نية، أو الفواتير الصادرة عن مقدمي خدمات أقسام الطوارئ (بخلاف رسوم المنشأة).
- إذا كنت ترسل مستنداتك بالبريد، يرجى إرفاق نسخ فقط عن تلك المستندات. لا تُرسل المستندات الأصلية، فلن يتم إعادتها.

### القسم 1: معلومات المريض

1. الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة
2. الاسم المفضل (اختياري)
3. الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر ☐ غير معروف ☐ أفضل عدم الإفصاح
4. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_
5. هل المريض متوفى؟ ☐ نعم ☐ لا
6. هل المريض قاصر؟ ☐ نعم ☐ لا
7. بالنسبة للمرضى القاصرين، يرجى كتابة اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني بحروف واضحة: \_\_\_\_\_
8. العنوان البريدي، المدينة، الولاية، الرمز البريدي (المكون من 5 أرقام)، اسم الدولة
9. رقم الهاتف الأساسي
10. رقم الهاتف الثانوي
11. عنوان البريد الإلكتروني
12. هل يساعدك شخص آخر، غير أحد الوالدين أو الوصي القانوني لطفل دون سن 18 عامًا، في تقديم شكاوىك؟ ☐ نعم ☐ لا  
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال نموذج الممثل المفوض في الصفحة 11.
- القسم 2: معلومات العائلة (في وقت تقديم خدمات المستشفى)
13. عدد أفراد العائلة: \_\_\_\_\_

بالنسبة للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر، تشمل الأسرة ما يلي: الزوج/الزوجة، والشريك المنزلي، والأبناء الموالون الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو في أي عمر إذا كانوا من ذوي الإعاقة، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا. بالنسبة للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، أو الطفل الموال الذي تتراوح أعمارهم بين 18 و 20 عامًا، تشمل الأسرة ما يلي: الوالدان، والأقارب القائمون بالرعاية، وأطفال الوالدين أو الأقارب القائمين بالرعاية الآخرين الموالين تحت سن 21، أو من أي عمر إذا كانوا من ذوي الإعاقة. في حال إدراج أكثر من خمسة أفراد من العائلة، قم بتعبئة الملحق في الصفحة 10.

الرقم	الاسم الكامل	العمر	الصلة بالمريض
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

### القسم 3: معلومات المستشفى

14. اسم المستشفى: \_\_\_\_\_

15. العنوان، المدينة، الولاية، الرمز البريدي (مكون من 5 أرقام): \_\_\_\_\_

16. تاريخ الخدمة التي يقوم المستشفى بإصدار فاتورة فيها: \_\_\_\_\_

يرجى تقديم نسخة من أي فاتورة، إن وجدت.

17. هل دفعت أي مبلغ مقابل الخدمة المعنية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

إذا كانت الإجابة نعم، قَدِّم المستندات الداعمة وتاريخ آخر دفعة، إن وجدت: \_\_\_\_\_

18. هل تقدمت بطلب للحصول على دفعة مخفضة و/أو رعاية خيرية من المستشفى قبل تقديم هذه الشكوى؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى القسم 4. إذا كانت الإجابة نعم، اذكر دخل أسرتك في تاريخ إصدار أول فاتورة لك مقابل الخدمة أو في فترة الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ إصدار أول فاتورة لك مقابل الخدمات.

دخل أسرة المريض: \_\_\_\_\_

☐ أسبوعيًا ☐ كل أسبوعين ☐ شهريًا ☐ سنويًا ☐ غير ذلك: \_\_\_\_\_

19. تاريخ تقديمك لطلب المساعدة المالية: \_\_\_\_\_

20. هل تم رفض طلب المساعدة المالية الخاص بك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، تاريخ الطعن، إن وجد: \_\_\_\_\_

#### القسم 4: معلومات البرنامج الصحي

21. هل تمت تغطية أي جزء من خدمات المستشفى عن طريق تعويضات العمال أو التأمين على السيارات أو أي تأمين آخر غير مدرج أعلاه؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

22. هل كنت مسجلًا في برنامج صحي، أو برنامج تأمين، و/أو برنامج تأمين حكومي (مثل Medi-Cal، أو Medicare، أو Medicare Supplemental Insurance، إلخ) لأي من تواريخ الخدمة المعنية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

إذا كانت الإجابة نعم، لكل نوع من أنواع التغطية، يرجى إدراج اسم البرنامج، وتواريخ سريان التغطية، ورقم هوية العضوية، ووضع علامة في المربع الخاص بنوع التغطية أدناه، إذا كان ذلك متاحًا.

رقم بطاقة العضوية	تواريخ التغطية	التغطية الأساسية
		<input type="checkbox"/> تجاري/صاحب العمل <input type="checkbox"/> برنامج Medi-Cal <input type="checkbox"/> برنامج Medicare <input type="checkbox"/> تأمين Medicare التكميلي
رقم بطاقة العضوية	تواريخ التغطية	التغطية الثانوية
		<input type="checkbox"/> تجاري/صاحب العمل <input type="checkbox"/> برنامج Medi-Cal <input type="checkbox"/> برنامج Medicare <input type="checkbox"/> تأمين Medicare التكميلي
رقم بطاقة العضوية	تواريخ التغطية	تغطية أخرى
		<input type="checkbox"/> تجاري/صاحب العمل <input type="checkbox"/> برنامج Medi-Cal <input type="checkbox"/> برنامج Medicare <input type="checkbox"/> تأمين Medicare التكميلي

رقم بطاقة العضوية

تواريخ التغطية

تغطية أخرى

☐ تجاري/صاحب العمل ☐ برنامج Medi-Cal ☐ برنامج Medicare ☐ تأمين Medicare التكميلي

23. هل قامت أي برنامج صحي، أو برنامج تأمين، و/أو برنامج تأمين حكومي بمعالجة أي من المطالبات الخاصة بالخدمات التي يقوم المستشفى بإصدار فواتير فيها؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا ينطبق ☐ غير معروف

#### القسم 5: معلومات تحصيل الديون

24. هل باع المستشفى هذا الدين الطبي لجهة تحصيل ديون أم أنك معرض لخطر إرسال ذلك إلى جهة تحصيل؟ ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف

25. إذا كانت الإجابة نعم، هل تم إبلاغ مكتب ائتمان بالدين أو هل أثر على تقرير/درجة ائتمانك؟

☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف ☐ لا ينطبق

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تقديم نسخة من تقرير الائتمان الخاص بك.

26. تاريخ بيع الدين لجهة التحصيل أو تاريخ إعلامك بأن فاتورة المستشفى معرضة لخطر الإرسال لجهة تحصيل، إذا كان ذلك قابلاً للتطبيق ومتوفرًا:

#### القسم 6: معلومات الشكوى

وصف لموضوع شكواك:

جميع المعلومات التي قدمتها في هذا البلاغ صحيحة ودقيقة حسب علمي.

اسم المريض (بحروف واضحة)

توقيع المريض أو الممثل القانوني

يرجى ملاحظة ما يلي: يجب إكمال نموذج الممثل المفوض إذا كان الممثل القانوني هو من سيقوم بتوقيع نموذج الشكوى.

أفوض الإدارة بإحالة شكواي إلى إدارة الصحة العامة بالولاية بشأن المشكلات التي حدثت قبل 1 يناير 2024. ☐ نعم ☐ لا

## القسم 7: الإفصاح عن المعلومات

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

أنا، [اكتب اسم المريض بحروف واضحة] \_\_\_\_\_ أُمِنَح موافقتي إلى مستشفى [اكتب اسم المستشفى بحروف واضحة] \_\_\_\_\_ لمشاركة سجلي الصحي الكامل بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات المالية، والفواتير، والسجلات الطبية، وسجلات الصحة النفسية، وسجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة، وفيرس نقص المناعة البشرية (HIV)، وتقارير التصوير التشخيصي، والسجلات الأخرى المتعلقة بالشكوى التي قدمتها، أو التي قُدمت نيابة عني، إلى إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات في كاليفورنيا (HCAI)، وبرنامج الشكاوى المتعلقة بفواتير المستشفيات (HBCP)، لأغراض تحديد ما إذا كان المستشفى المذكور ممثلاً لقانون الفوترة العادلة للمستشفيات واللوائح المرتبطة به.

أنا أدرك أن سجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة الخاصة بي، إن وجدت، محمية بموجب اللوائح الفدرالية التي تحكم سرية وسجلات مرضى اضطراب تعاطي المواد المخدرة 42 C.F.R.، الجزء 2 وقانون نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPPA)، 45 C.F.R. الجزأين 160 و 164، ولا يمكن الكشف عنها دون موافقتي الكتابية ما لم تنص اللوائح على خلاف ذلك.

هذا التفويض لمشاركة معلوماتي الصحية سارٍ حتى تتم تسوية شكواي لدى إدارة HCAI. أنا أدرك أنه يُسمح لي بإلغاء هذا التفويض لمشاركة البيانات الصحية في أي وقت، ويمكنني القيام بذلك كتابياً عن طريق البريد إلى:

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

ما لم يتم إلغاؤه، سينتهي هذا التفويض بعد 12 شهرًا من تاريخ توقيعي على هذا النموذج أو عند إغلاق شكواي، أيهما يحدث أولاً. يسري مفعول هذا الإلغاء عندما يتلقى HBCP طلبي كتابياً، إلا بالقدر الذي يكون فيه HBCP أو غيره قد اعتمد بالفعل على موافقتي السابقة على الكشف عن المعلومات الطبية.

أنا أدرك أن هذا التفويض بالكشف عن المعلومات الصحية هو أمر طوعي، ولكن برنامج HBCP لا يمكنه معالجة شكواي بشأن فواتير المستشفى دون التوقيع على هذا التفويض.

ما لم يقتض القانون ذلك، يحظر قانون كاليفورنيا على إدارة HCAI الإفصاح عن معلوماتي الصحية مرة أخرى ما لم تحصل إدارة HCAI على تفويض آخر. أنا أدرك أنه إذا سمحت بالكشف عن معلوماتي الصحية لشخص غير ملزم قانوناً بالحفاظ على سريتها، فقد لا تعود محمية بموجب قوانين السرية الحكومية أو الفدرالية.

أنا أدرك أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذا التفويض.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

اكتب اسمك بحروف واضحة: \_\_\_\_\_

إذا كان هذا النموذج يتم تعبئته من قبل شخص لديه سلطة قانونية للتصرف نيابة عن فرد، مثل أحد الوالدين أو الوصي القانوني لقاصر أو وكيل رعاية صحية، يرجى إكمال المعلومات التالية:

اسم الشخص الذي يكمل هذا النموذج: \_\_\_\_\_

توقيع الشخص الذي يقوم بتعبئة هذا النموذج:

\_\_\_\_\_

التاريخ:

\_\_\_\_\_

صِف أدناه كيف يتمتع هذا الشخص بالسلطة القانونية لتوقيع هذا النموذج:

\_\_\_\_\_

## المعلومات الديموغرافية

سيتم استخدام الأسئلة الديموغرافية التالية لأغراض إعداد التقارير والتحليل فقط. هذه المعلومات اختيارية. إذا كنت لا ترغب في تقديم هذه المعلومات، لن يؤثر ذلك على نتيجة شكاوك بأي شكل من الأشكال.

## 1. اللغة:

اللغة المفضلة للتحدث:

هل تود أن نتواصل معك بلغتك المفضلة؟ ☐ نعم ☐ لا

## 2. العرق و/أو الإثنية

ما هو عرقك و/أو أصلك العرقي؟

حدد جميع الفئات والفئات الفرعية التي تنطبق وأدخل أي تفاصيل إضافية في المساحات أدناه. ملاحظة، يمكنك الإبلاغ عن أكثر من مجموعة واحدة.

☐ هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

☐ مواطني نافاجو ☐ كتابة الخيار:

☐ آسيوي أو أمريكي من أصل آسيوي ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

☐ هندي آسيوي ☐ كمبودي ☐ صيني ☐ فلبيني ☐ همونغ ☐ ياباني ☐ كوري

☐ لاوسي ☐ باكستاني ☐ فيتنامي ☐ كتابة الخيار:

☐ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

☐ أمريكي من أصل أفريقي ☐ بربادوسي ☐ إثيوبي ☐ غاني ☐ هايتي ☐ جامايكي ☐ كيني

☐ نيجيري ☐ صومالي ☐ جنوب أفريقي ☐ سوداني ☐ كتابة الخيار:

☐ من أصل هسباني أو لاتيني ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

☐ كولومبي ☐ كوبي ☐ دومينيكاني ☐ إكوادوري ☐ غواتيمالي ☐ هندوراسي

☐ مكسيكي أو أمريكي من أصل مكسيكي ☐ بورتوريكي ☐ سلفادوري ☐ إسباني

☐ كتابة الخيار:

☐ شرق أوسطي أو شمال أفريقي ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

☐ أفغاني ☐ جزائري ☐ أرمني ☐ مصري ☐ إيراني ☐ عراقي ☐ إسرائيلي ☐ كردي

☐ لبناني ☐ مغربي ☐ سوري ☐ كتابة الخيار:

☐ من سكان هاواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

☐ شامورو ☐ تشوكيزية ☐ فيجية ☐ غوامانية ☐ مارشالية ☐ سكان هاواي الأصليون ☐ بالاوية

☐ ساموية ☐ تاهيتية ☐ تونغية ☐ كتابة الخيار:

**أبيض** ☐

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

- ☐ الهولندية ☐ الإنجليزية ☐ الفرنسية ☐ الألمانية ☐ الإيرلندية ☐ الإيطالية ☐ النرويجية ☐ البولندية  
☐ البرتغالية ☐ الروسية ☐ الاسكتلندية ☐ كتابة الخيار:
- 

**3. الهوية الجندرية**

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

- ☐ أنثى ☐ ذكر ☐ أنثى إلى ذكر/رجل متحول جنسيًا/رجل متحول  
☐ ذكر إلى أنثى/أنثى متحولة جنسيًا/امرأة متحولة  
☐ غير ثنائي/متنوع الهوية الجندرية (ليس ذكرًا أو أنثى حصراً) ☐ لا أعرف/أفضل عدم الإفصاح  
☐ كتابة الخيار:
-

## إشعار قانون ممارسات المعلومات لعام 1977

يقتضي قانون ممارسات المعلومات لعام 1977 (القسم 1798.17 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا) تقديم الإشعار التالي:

- يمنح القسم 127436 من قانون الصحة والسلامة إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) سلطة التحقيق في شكاوى فواتير المستشفيات المتعلقة بسياسات الدفع المخفض و/أو الرعاية الخيرية للمستشفى.
- يستخدم برنامج الفترة العادلة للمستشفيات التابع لإدارة HCAI معلوماتك الشخصية للتحقيق في شكاوىك المتعلقة بفواتير المستشفى.
- يمكنك تقديم هذه المعلومات إلى إدارة HCAI طوعية، على الرغم من أنها غير مطلوبة. ولكن، إذا لم تقدم المعلومات المطلوبة، فقد لا تتمكن إدارة HCAI من التحقيق في شكاوىك.
- قد تشارك إدارة HCAI معلوماتك الشخصية، حسب الحاجة، مع المستشفى ومقدمي الخدمات للتحقيق في شكاوىك.
- قد تشارك إدارة HCAI معلوماتك أيضًا مع الوكالات الحكومية الأخرى على النحو المطلوب أو المسموح به بموجب القانون.
- لديك الحق في الاطلاع على معلوماتك الشخصية. إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات أو كانت لديك أسئلة حول خصوصية بيانات التعريف الشخصية التي تحتفظ بها إدارة HCAI، يرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية على:

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/)

## قبل تقديم الطلب

إذا كنت ترغب في أن تحقق إدارة HCAI فيما إذا كان المستشفى قد رفض طلبك بشكل غير مشروع للحصول على مساعدة في دفع فواتيرك الطبية، يجب أن تكون قد تقدمت بالفعل بطلب للحصول على مساعدة مالية في المستشفى الذي تلقيت فيه الخدمات. إذا لم تكن قد تقدمت بطلب لدى المستشفى بعد، عليك الاتصال بالمستشفى للحصول على المزيد من المعلومات حول كيفية التقديم. إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة، يمكنك الاتصال بمنظمة Health Consumer Alliance على الرقم 804-3536 (888)، أو الانتقال إلى [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) للحصول على المزيد من المعلومات.

## كيفية تقديم طلب

1. قَدِّم الطلب عبر الإنترنت على [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) (هذه هي أسرع طريقة لتقديم الطلب).
2. اتبع التعليمات عبر الإنترنت ووقع على نموذج الشكوى.
3. إذا كنت تستخدم ممثلًا مفوضًا، قم بتعبئة "نموذج الممثل المفوض".
4. قم بإرفاق نسخة من إقرارك الضريبي الأخير أو قسائم الرواتب الأخيرة.
4. يمكنك إرفاق مستندات أخرى تدعم طلبك مثل أي مما يلي:
  - كشف تقديري كتابي من المستشفى.
  - أي مستندات توضح المدفوعات التي تمت مقابل الخدمات التي صدرت فيها فواتير.
  - أي مراسلات مع برنامج التأمين الصحي الخاصة بك أو برنامج التأمين الحكومي بشأن الخدمات التي تم إصدار فواتير فيها.
  - إثبات أن الدين الطبي قد تم بيعه لجهات تحصيل أو أنه معروض لإرساله إلى جهات تحصيل.
  - نسخة من تقريرك الائتماني إذا تأثرت درجة الائتمان الخاصة بك.

يرجى ملاحظة أنه سيتم النظر فقط في المستندات المتعلقة بتاريخ (تواريخ) الخدمة المذكورة في شكاوىك.



5. إذا لم تكن تقدم الطلب عبر الإنترنت، يرجى إرسال نموذج الشكوى الخاص بك وأي مستندات داعمة بالبريد إلى:

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

## ملحق إضافة فرد جديد من العائلة HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

يرجى إكمال هذه الصفحة إذا كنت تدرج أفراد عائلة إضافيين. إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة إضافية، يُرجى عمل نسخ إضافية من هذه الصفحة لتقديمها مع شكاوك.

### معلومات العائلة

بالنسبة للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر، تشمل الأسرة ما يلي: الزوج/الزوجة، والشريك المنزلي، والأبناء المُعالون الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، أو في أي عمر إذا كانوا من ذوي الإعاقة، سواء كانوا يعيشون في المنزل أم لا. بالنسبة للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا، أو الطفل المُعال الذي تتراوح أعمارهم بين 18 و 20 عامًا، تشمل الأسرة ما يلي: الوالدان، والأقارب القائمون بالرعاية، وأطفال الوالدين أو الأقارب القائمين بالرعاية الآخرين المُعالين تحت سن 21، أو من أي عمر إذا كانوا من ذوي الإعاقة.

الرقم	الاسم الكامل	العمر	الصلة بالمريض
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

## نموذج الممثل المفوض HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- إذا كنت ترغب في منح شخص آخر الإذن لتمثيلك أو مساعدتك في شكاوك، أكمل الجزأين (أ) و (ب) أدناه.
- إذا كنت ولي أمر أو وصيًا قانونيًا تقدم هذه الشكوى لطفل يقل عمره عن 18 عامًا، فلا يلزمك إكمال هذا النموذج.
- إذا كنت تقدم هذه الشكوى بالنيابة عن مريض وكنت مخولاً بموجب القانون للتصرف نيابة عن المريض، يرجى إكمال الجزء (ب) فقط. يجب عليك إرفاق نسخة من الوثائق التي تمنحك السلطة القانونية للتصرف بصفتك الممثل المفوض للمريض.

### الجزء (أ): تم إكماله من قبل المريض

أسمح للشخص المذكور أدناه في الجزء (ب) بالتصرف نيابة عني في شكاوي المقدمة إلى إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI). أسمح لموظفي إدارة HCAI بمشاركة المعلومات المالية والمعلومات المتعلقة بحالتي الطبية والرعاية ذات الصلة مع الشخص المذكور اسمه أدناه. أنا أدرك وأقر بأن هذه السجلات قد تتضمن معلومات مالية، وفواتير، ومعلومات طبية، ومعلومات عن الصحة النفسية، وتعاطي المواد المخدرة، وفيرس نقص المناعة البشرية، وتقارير التصوير التشخيصي، وغيرها من السجلات المتعلقة بالشكوى. موافقتي على هذا التمثيل طوعية، ويحق لي إنهاؤه. إذا أردت إنهائه، يجب أن أفعل ذلك كتابيًا.

1. توقيع المريض

2. اسم المريض بحروف واضحة

3. التاريخ:

### الجزء (ب): تم إكماله من قبل الشخص الذي يساعد المريض

4. اسم المريض:

5. اسم الشخص المفوض:

6. نوع الصلة بالمريض:

7. العنوان البريدي، المدينة، الولاية، الرمز البريدي (المكون من 5 أرقام)، اسم الدولة

8. رقم الهاتف

9. عنوان البريد الإلكتروني

10. توقيع الممثل المفوض

11. التاريخ

12. ☐ تم إرفاق وثائقي الخاصة بالسلطة القانونية للتصرف بصفتي الممثل المفوض للمريض. (ضع علامة إذا كان ينطبق).