

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

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

القسم 1: معلومات المريض

2. الاسم المفضل (اختياري)

1. الاسم الأول، الاسم الأوسط، اسم العائلة

3. الجنس: أنثى ذكر غير معروف أفضل عدم الإفصاح

5. هل المريض متوفى؟ نعم لا

4. تاريخ الميلاد:

6. هل المريض قاصر؟ نعم لا

7. بالنسبة للمرضى القاصرين، يرجى كتابة اسمولي الأمر أو الوصي القانوني بحروف واضحة:

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

11. عنوان البريد الإلكتروني

10. رقم الهاتف الثاني

9. رقم الهاتف الأساسي

12. هل يساعدك شخص آخر، غير أحد الوالدين أو الوصي القانوني لطفل دون سن 18 عاماً، في تقديم شكواك؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى إكمال نموذج الممثل المفروض في الصفحة 11.

القسم 2: معلومات العائلة (في وقت تقديم خدمات المستشفى)

13. عدد أفراد العائلة:

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

الصلة بالمريض	العمر	الاسم الكامل	الرقم
			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، قدم المستندات الداعمة وتاريخ آخر دفعه، إن وجدت: _____

18. هل تقدمت بطلب للحصول على دفعه مخفضة وأو رعاية خيرية من المستشفى قبل تقديم هذه الشكوى؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة لا، انتقل إلى القسم 4. إذا كانت الإجابة نعم، انكر دخل أسرتك في تاريخ إصدار أول فاتورة لك مقابل الخدمة أو في فترة الـ

12 شهراً السابقة لتاريخ إصدار أول فاتورة لك مقابل الخدمات.

دخل أسرة المريض: _____

 أسبوعياً كل أسبوعين شهرياً سنوياً 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 الصحي21. 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 مسجلاً في برنامج صحي، أو برنامج تأمين، وأو برنامج تأمين حكومي (مثل Medi-Cal، أو Medicare، أو Medicare Supplemental Insurance

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

النوعية الأساسية _____
رقم بطاقة العضوية _____
تارikh التغطية _____ تجاري/صاحب العمل برنامج Medi-Cal برنامج Medicare تأمين Medicare التكميليالنوعية الثانوية _____
رقم بطاقة العضوية _____
تارikh التغطية _____ تجاري/صاحب العمل برنامج Medi-Cal برنامج Medicare تأمين Medicare التكميليالنوعية أخرى _____
رقم بطاقة العضوية _____
تارikh التغطية _____ تجاري/صاحب العمل برنامج Medi-Cal برنامج Medicare تأمين Medicare التكميلي

رقم بطاقة العضوية

تواترخ التغطية

تغطية أخرى

تجاري/صاحب العمل برنامج Medicare برنامج Medi-Cal تأمين 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 أنه 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 الإداراة 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] _____ أمنح موافقتي إلى مستشفى [اكتب اسم المستشفى بحروف واضحة] _____ لمشاركة سجلي الصحي الكامل بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات المالية، والفوائير، والسجلات الطبية، وسجلات الصحة النفسية، وسجلات اضطراب تعاطي المواد المخدرة، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وتقارير التصوير التخسيسي، والسجلات الأخرى المتعلقة بالشكاوى التي قدمتها، أو التي قدمت نيابة عنني، إلى إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات في كاليفورنيا (HCAI)، وبرنامج الشكاوى المتعلقة بفوائير 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 شكاوي 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 شهراً من تاريخ توقيعي على هذا النموذج أو عند إغلاق شكاوي، أيهما يحدث أولاً. يسري مفعول هذا الإلغاء عندما يتلقى HBCP طبلي 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 شكاوي بشأن فوائير 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 بالحفظ على سريتها، فقد لا تعود محمية بموجب قوانين السرية الحكومية أو الفدرالية.

أنا أدرك أن لدى 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 للنصرف 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 بتبنيه هذا النموذج:

التاريخ:

صف 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 يوثر ذلك على نتيجة شيكوك بأي شكل من الأشكال.

1. اللغة:

اللغة المفضلة للتحدث:

هل تود أن تتواصل معك بلغتك المفضلة؟ نعم لا

2. العرق وأو الإثنية

ما هو عرقك وأو 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.

مواطنني نافاجو كتابة الخيار:

آسيوي أو أمريكي من أصل آسيوي

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

هندي آسيوي كمبودي صيني فلبيني هونغ كونغ 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 جامايكى كيني

نيجيري صومالي جنوب أفريقي سوداني كتابة الخيار:

من أصل هسباني أو لاتيني

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

كولومبي كوبى دومينيكاني إكواڈوري 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 مصرى إيراني عراقي إسرائيلي كردي

لبناني مغربي سوري كتابة الخيار:

من سكان هواي الأصليين أو من جزر المحيط الهادئ

يرجى تقديم التفاصيل أدناه.

شامورو تشوكيزية فيجية غوamanية مارشالية سكان هواي 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 جنسياً/رجل متحول ذكر إلى أنثى/أنثى متحولة جنسياً/امرأة متحولة غير ثانوي/متنوع الهوية الجندرية (ليس ذكرًا أو أنثى حصرًا) 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:

- منح القسم 127436 من قانون الصحة والسلامة إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) سلطة التحقيق في شكاوى فوatir المستشفيات المتعلقة بسياسات الدفع المخضض وأو الرعاية الخيرية للمستشفى.
- يستخدم برنامج الفوترة العادلة للمستشفيات التابع لإدارة HCAI معلوماتك الشخصية للتحقيق في شكاوك المتعلقة بفوatir المستشفى.
- يمكن 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 شكاوك.
- قد تشارك إدارة HCAI معلوماتك الشخصية، حسب الحاجة، مع المستشفى ومقدمي الخدمات للتحقيق في شكاوك.
- قد تشارك إدارة HCAI معلوماتك أيضاً 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

hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

قبل تقديم الطلب

إذا كنت ترغب في أن تتحقق إدارة HCAI فيما إذا كان المستشفى قد رفض طلبك بشكل غير مشروع للحصول على مساعدة في دفع فوatir 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 للحصول على المزيد من المعلومات.

كيفية تقديم طلب

1. قدم الطلب عبر الإنترنت على HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (هذه هي أسرع طريقة لتقديم الطلب).
 - اتبع التعليمات عبر الإنترنت ووّقّع على نموذج الشكاوى.
 - إذا كنت تستخدم مثلاً مفوضاً، قم بتعينه "نموذج الممثل المفوض".
 - قم بإرفاق نسخة من إقرارك الضريبي الأخير أو قسم الرواتب الأخيرة.
 - يمكنك إرفاق مستندات أخرى تدعم طلبك مثل أي مما يلي:
 - كشف تقديرى كتابى من المستشفى.
 - أي مستندات توضح المدفوعات التي تمت مقابل الخدمات التي صدرت فيها فوatir.
 - أي مراسلات مع برنامج التأمين الصحي الخاص بك أو برنامج التأمين الحكومي بشأن الخدمات التي تم إصدار فوatir فيها.
 - إثبات أن الدين الطبي قد تم بيعه لجهات تحصيل أو أنه معرض لإرساله إلى جهات تحصيل.
 - نسخة من تقريرك الائتمانى إذا تأثرت درجة الائتمان الخاصة بك.

يرجى ملاحظة أنه سيتم النظر فقط في المستندات المتعلقة بتاريخ (تاریخ) الخدمة المذكورة في شكاوك.

. 5. إذا لم تكن تقدم الطلب عبر الإنترن特، 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 شيكواك.

معلومات العائلة

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

الصلة بالمريض	العمر	الاسم الكامل	الرقم
			.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 الجزءين (أ) و (ب) أدناه.
- إذا كنت ولد أو وصيأ قانونياً تقدم هذه الشكوى لطفل يقل عمره عن 18 عاماً، فلا يلزمك إكمال هذا النموذج.
- إذا كنت تقدم هذه الشكوى بالنيابة عن مريض و كنت مخولاً بموجب القانون للتصريف نيابة عن المريض، يرجى إكمال الجزء (ب) فقط. يجب عليك إرفاق نسخة من الوثائق التي تمنحك السلطة القانونية للتصريف بصفتك الممثل المفوض للمريض.

الجزء (أ): تم إكماله من قبل المريض

أسمح للشخص المذكور أدناه في الجزء (ب) بالتصريف نيابة عنِي 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، وفيروس نقص المناعة البشرية، وتقارير التصوير التخريصي، وغيرها من السجلات المتعلقة بالشكوى. موافقتي على هذا التمثيل طوعية، ويحق لي إنهاؤه. إذا أردت إنهاءه، يجب أن أفعل ذلك كتابياً.

2. اسم المريض بحروف واضحة

1. توقيع المريض

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

9. عنوان البريد الإلكتروني

8. رقم الهاتف

11. التاريخ

10. توقيع الممثل المفوض

12. تم إرفاق وثائق خاصة بالسلطة القانونية للتصريف بصفتي الممثل المفوض للمريض. (ضع علامة إذا كان ينطبق).