

ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՀԱՇՎԻ ԴԵՄ ԲՈՂՈՔԻ ՁԵՎ

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

- Դուք կարող եք ձեր բողոքը ներկայացնել առցանց՝ hcai.ca.gov/HospitalBillHelp:
- Ձեր բողոքի հետ կապված անվճար օգնության համար կարող եք կապվել Health Consumer Alliance-ի հետ՝ այցելելով healthconsumer.org կայքը կամ զանգահարելով (888) 804-3536 հեռախոսահամարով:
- Այս ծրագիրը իրավասություն (իշխանություն) չունի ընդհանուր հաշվառման և վճարների վճարի, գների թափանցիկության, բարեխղճորեն կատարված գնահատականների կամ շտապ օգնության բաժանմունքի մատակարարի կողմից հաշվառման (բացառությամբ հաստատության վճարների) նկատմամբ:
- Եթե փաստաթղթերը փոստով եք ուղարկում, խնդրում ենք կցել միայն դրանց պատճենները: **Մի՛ ուղարկեք բնօրինակները, դրանք չեն վերադարձվի:**

ԲԱԺԻՆ 1. ՀԻՎԱՆԴԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անուն, Միջնանուն, Ազգանուն
2. Նախընտրելի անուն (ըստ ցանկության)
3. Սեռ՝ ☐ Իգական ☐ Արական ☐ Անհայտ ☐ Նախընտրում եմ չասել
4. Ծննդյան ամսաթիվ՝ _____
5. Հիվանդը մահացա՞ծ է: ☐ Այո ☐ Ոչ
6. Հիվանդը անչափահա՞ս է: ☐ Այո ☐ Ոչ
7. Անչափահաս հիվանդների դեպքում, խնդրում ենք տպագիր տառերով գրել նրա ծնողի կամ օրինական խնամակալի անունը: _____
8. Փոստային հասցե, քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս (5-նիշ), երկրի անվանում

9. Հիմնական հեռախոսահամար
10. Երկրորդական հեռախոսահամար
11. Էլ. փոստի հասցե

12. Արդյո՞ք 18 տարեկանից փոքր երեխայի ծնողից կամ օրինական խնամակալից բացի որևէ մեկն օգնում է ձեզ բողոք ներկայացնելու հարցում: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել 11-րդ էջում գտնվող Լիազորված ներկայացուցչի ձևը:

ԲԱԺԻՆ 2. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՏՈՒՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ)

13. Ընտանիքի չափը՝ _____

18 տարեկան և բարձր հիվանդների համար ընտանիքը ներառում է հետևյալ անձանց՝ ամուսինը/կինը, զուգընկերը և 21 տարեկանից փոքր կամ ցանկացած տարիքի հաշմանդամություն ունեցող երեխաները, անկախ նրանից՝ ապրում են տանը, թե ոչ: 18 տարեկանից փոքր հիվանդների կամ 18-ից 20 տարեկան կախյալ երեխայի համար ընտանիքը ներառում է հետևյալ անձանց՝ ծնողներին, խնամակալ ազգականներին և ծնողի կամ խնամակալ ազգականների այլ կախյալ երեխաներին, որոնք 21 տարեկանից փոքր են կամ ցանկացած տարիքի են, եթե հաշմանդամ են: Եթե թվարկում եք ընտանիքի հիմնից ավելի անդամ, լրացրեք 10-րդ էջի հավելվածը:

Համար	Ամբողջական անուն	Տարիք	Հարաբերությունը հիվանդի հետ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ԲԱԺԻՆ 3. ՀԻՎԱՆՂԱՆՈՑԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

14. Հիվանդանոցի անվանումը՝ _____

15. Հասցե, քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս (5-նիշ)՝ _____

16. Հիվանդանոցի կողմից ծառայության(ների) հաշիվ-ապրանքագրի ներկայացման ամսաթիվը՝
խնդրում ենք տրամադրել ցանկացած հաշվի պատճենը, եթե այն հասանելի է:

17. Դուք որևէ գումար վճարե՞լ եք տվյալ ծառայության(ների) համար: ☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անհայտ

Եթե այո, տրամադրեք հիմնավորող փաստաթղթեր և վերջին վճարման ամսաթիվը, եթե այդպիսիք կան: _____

18. Այս բողոքը ներկայացնելուց առաջ դիմե՞լ եք հիվանդանոց՝ զեղչված վճարի և/կամ բարեգործական խնամքի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե ոչ, անցեք Բաժին 4-ը: Եթե այո, տրամադրեք ձեր ընտանիքի եկամուտը ծառայության համար առաջին հաշիվը ստանալու օրվա դրությամբ կամ ծառայությունների համար առաջին հաշիվը ստանալու օրվանից 12 ամիս առաջ:

Հիվանդի ընտանիքի եկամուտը. _____

☐ Շաբաթական ☐ Երկշաբաթական ☐ Ամսական ☐ Տարեկան ☐ Այլ՝ _____

19. Ֆինանսական օգնության դիմումը ներկայացնելու ամսաթիվը՝ _____

20. Ձեր ֆինանսական օգնության դիմումը մերժվե՞լ է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Եթե այո, բողոքարկման ամսաթիվը, եթե կիրառելի է՝ _____

ԲԱԺԻՆ 4. ԱՌՈՂՋԱԴԱՅԱԿԱՆ ՊԼԱՆԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

21. Հիվանդանոցային ծառայությունների որևէ մասը ծածկվա՞ծ էր աշխատողների փոխհատուցմամբ, ավտոմեքենայի ապահովագրությամբ կամ վերևում չնշված այլ ապահովագրությամբ: ☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անհայտ

22. Դուք գրանցված ե՞ք առողջապահական ծրագրում, ապահովագրական ծրագրում և/կամ պետական ապահովագրական ծրագրում (օրինակ՝ Medi-Cal, Medicare, Medicare լրացուցիչ ապահովագրություն և այլն)՝ ծառայության նշված ամսաթվերից որևէ մեկի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անհայտ

Եթե այո, ապա յուրաքանչյուր տեսակի ապահովագրության համար, խնդրում ենք նշել ծրագրի անվանումը, ապահովագրության ուժի մեջ մտնելու ամսաթվերը, անդամակցության ID համարը և նշել ապահովագրության տեսակի վանդակը ստորև, եթե առկա է:

Հիմնական ծածկույթ

☐ Առևտրային/Գործատուի

Ծածկույթի ամսաթվերը

☐ Medi-Cal ☐ Medicare

Անդամակցության ID համարը

☐ Medicare լրացուցիչ ապահովագրություն

Երկրորդային ծածկույթ

☐ Առևտրային/Գործատուի

Ծածկույթի ամսաթվերը

☐ Medi-Cal ☐ Medicare

Անդամակցության ID համարը

☐ Medicare լրացուցիչ ապահովագրություն

Այլ ծածկույթ

☐ Առևտրային/Գործատուի

Ծածկույթի ամսաթվերը

☐ Medi-Cal ☐ Medicare

Անդամակցության ID համարը

☐ Medicare լրացուցիչ ապահովագրություն

Այլ ծածկույթ

☐ Առևտրային/Գործատուի

Ծածկույթի ամսաթվերը

☐ Medi-Cal ☐ Medicare

Անդամակցության ID համարը

☐ Medicare լրացուցիչ ապահովագրություն

23. Արդյո՞ք առողջապահական ծրագիրը, ապահովագրական ծրագիրը և/կամ պետական ապահովագրական ծրագիրը մշակել է հիվանդանոցի կողմից հաշվարկված ծառայությունների համար որևէ պահանջ:

☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Կիրառելի չէ ☐ Անհայտ է

ԲԱԺԻՆ 5. ՊԱՐՏՔԻ ԳԱՆՁՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

24. Հիվանդանոցը վաճառե՞լ է այս բժշկական պարտքը հավաքագրման ծառայությանը, թե՞ դեռ կա վտանգ, որ ձեր պարտքն ուղարկվի հավաքագրման ծառայության: ☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անհայտ

25. Եթե այո, պարտքի մասին հայտնվե՞լ է վարկային բյուրոյին, կամ դա ազդե՞լ է ձեր վարկային զեկույցի/գնահատականի վրա:

☐ Այո ☐ Ոչ ☐ Անհայտ ☐ Կիրառելի չէ

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել ձեր վարկային պատմության պատճենը:

26. Պարտքի վաճառքի ամսաթիվը հավաքագրողներին կամ այն ամսաթիվը, երբ ձեզ տեղեկացվել է, որ ձեր հիվանդանոցային հաշիվը կարող է ուղարկվել հավաքագրողներին, եթե կիրառելի է և հասանելի է.

ԲԱԺԻՆ 6. ԲՈՂՈՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ձեր բողոքի նկարագրությունը՝

Այս բողոքը ներկայացնելիս տրամադրված բոլոր տեղեկությունները ճշմարիտ և ճիշտ են՝ ըստ իմ լավագույն գիտելիքների:

Հիվանդի անունը (տպագիր տառերով)

Հիվանդի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը

Խնդրում ենք նկատի ունենալ. Լիազորված ներկայացուցչի ձևը պետք է լրացվի, եթե բողոքի ձևը ստորագրվում է օրինական ներկայացուցչի կողմից:

Ես լիազորում եմ Վարչությանն իմ բողոքը փոխանցել Հանրային առողջապահության նահանգային վարչություն՝ մինչև 2024 թ. հունվարի 1-ը տեղի ունեցած խնդիրների համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

ԲԱԺԻՆ 7. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄ

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

Ես՝ [հիվանդի անունը՝ տպատառ] _____, թույլատրում եմ [հիվանդանոցի անվանումը՝ տպատառ] _____-ին կիսվել իմ ամբողջական առողջական գրառմամբ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով հետևյալով՝ ֆինանսական տեղեկատվություն, հաշվառման, բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրամոլության խանգարման, ՄԻԱՎ-ի, ախտորոշիչ պատկերագրական զեկույցները և իմ կողմից ներկայացված կամ իմ անունից ներկայացված բողոքին վերաբերող այլ գրառումներ, Կալիֆորնիայի առողջապահության հասանելիության և տեղեկատվության վարչության (HCAI) և հիվանդանոցային հաշիվների բողոքարկման ծրագրի (HBCP) հետ՝ որոշելու համար, թե արդյոք նշված հիվանդանոցը համապատասխանում է «Հիվանդանոցային արդար հաշվառման մասին» օրենքին և դրան կից կանոնակարգերին:

Ես հասկանում եմ, որ իմ թմրամոլության հետ կապված խանգարումների գրառումները, եթե այդպիսիք կան, պաշտպանված են գաղտնիության և Թմրամոլության հետ կապված խանգարումներ ունեցող հիվանդների գրառումների 42 CFR, Մաս 2-ի և 1996 թվականի Առողջության ապահովագրության փոխադրելիության և հաշվետվողականության մասին օրենքի (HIPAA) 45 CFR կետերի 160 և 164-ի դաշնային կանոնակարգերով և չեն կարող բացահայտվել առանց իմ գրավոր համաձայնության, եթե կանոնակարգով այլ բան նախատեսված չէ:

Իմ առողջական տեղեկատվությունը կիսելու այս լիազորությունն ուժի մեջ է մինչև իմ բողոքի լուծումը HCAI-ում: Ես հասկանում եմ, որ ինձ թույլատրվում է ցանկացած պահի չեղարկել առողջական տվյալներ տրամադրելու այս լիազորությունը, և ես կարող եմ դա անել գրավոր՝ փոստով հետևյալ հասցեով՝

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

Եթե այլ կերպ չեղյալ չհայտարարվի, այս լիազորությունը կկորցնի իր ուժն այս ձևը ստորագրելու օրվանից 12 ամիս անց կամ երբ իմ բողոքը փակվի, կախված նրանից, թե որն ավելի շուտ տեղի կունենա: Չեղարկումն ուժի մեջ կմտնի, երբ HBCP-ն ստանա իմ գրավոր հարցումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ HBCP-ն կամ ուրիշներն արդեն հիմնվել են բժշկական տեղեկատվության տրամադրման իմ նախնական համաձայնության վրա:

Ես հասկանում եմ, որ առողջական տեղեկատվությունը տրամադրելու այս թույլտվությունը կամավոր է, բայց HBCP-ն չի կարող մշակել հիվանդանոցային հաշվառման վերաբերյալ իմ բողոքն՝ առանց այս թույլտվությունը ստորագրելու:

Եթե օրենքով դա չի պահանջվում, Կալիֆորնիայի օրենքն արգելում է HCAI-ին հետագայում բացահայտել իմ առողջական տեղեկությունները, եթե HCAI-ն չստանա մեկ այլ թույլտվություն: Ես հասկանում եմ, որ եթե ես թույլատրել եմ իմ առողջական տեղեկատվության բացահայտումն այնպիսի անձի, ով օրենքով պարտավոր չէ այն գաղտնի պահել, այն կարող է այլևս չպաշտպանվել նահանգային կամ դաշնային գաղտնիության օրենքներով:

Ես հասկանում եմ, որ իրավունք ունեմ ստանալու այս լիազորագրի պատճենը:

Հիվանդի ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Տպեք ձեր անունը՝ _____

Եթե այս ձևը լրացվում է անհատի անունից գործելու իրավասություն ունեցող անձի կողմից, ինչպիսիք են անչափահասի ծնողը կամ օրինական խնամակալը կամ առողջապահական գործակալը, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները.

Այս ձևը լրացնող անձի անունը՝ _____

Այս ձևը լրացնող անձի ստորագրությունը՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____

Ստորև նկարագրեք, թե ինչպես այս անձն օրինական լիազորություն ունի ստորագրելու այս ձևը.

Ժողովրդագրական տեղեկություններ

Հետևյալ ժողովրդագրական հարցերը կօգտագործվեն միայն հաշվետվությունների և վերլուծության նպատակներով: **Այս տեղեկատվությունը կամավոր է: Եթե դուք չեք ցանկանում տրամադրել այս տեղեկատվությունը, դա որևէ կերպ չի ազդի ձեր բողոքի արդյունքի վրա:**

1. ԼԵՁՈՒՆ

Խոսվող նախընտրելի լեզուն՝ _____

Կցանկանալի՞ք, որ մենք ձեզ հետ շփվենք ձեր նախընտրած լեզվով: ☐ Այո ☐ Ոչ

2. ՌԱՍԱ և/կամ Էթնիկ պատկանելություն

Ո՞րն է ձեր ռասան և/կամ էթնիկ պատկանելությունը:

Ընտրեք բոլոր համապատասխան կատեգորիաներն ու ենթակատեգորիաները և մուտքագրեք լրացուցիչ մանրամասներ ստորև նշված դաշտերում: Ուշադրություն դարձրեք, որ կարող եք հաղորդել մեկից ավելի խմբի մասին:

ԱՄԵՐԻԿԱՑԻ ՀՆԴԿԱՑԻ ԿԱՄ ԱԼՅԱՍԿԱՑԻ ԲՆԻԿ ☐

Մանրամասները տրամադրեք ստորև:

☐ Նավախո ազգ ☐ Գրեյու տարբերակ՝ _____

ԱՍԻԱՅԻ ԿԱՄ ԱՍԻԱԱՄԵՐԻԿԱՅԻ ☐*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Ասիացի հնդիկ ☐ Կամբոջացի ☐ Չինացի ☐ Ֆիլիպինցի ☐ Հմուզ ☐ Ճապոնացի
☐ Կորեացի ☐ Լաոսցի ☐ Պակիստանցի ☐ Վիետնամցի
☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

ՍԵՎԱՄՈՐԹ ԿԱՄ ԱՖՐՈԱՄԵՐԻԿԱՅԻ ☐*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Աֆրոամերիկացի ☐ Բարբադոսցի ☐ Եթովպացի ☐ Գանացի ☐ Հայիթցի ☐ Ճամայկացի
☐ Զենիացի ☐ Նիգերիացի ☐ Սոմալիացի ☐ Հարավաֆրիկացի ☐ Սուդանցի
☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

ՀԻՍՊԱՆՆԻԿ ԿԱՄ ԼԱՏԻՆՈ ☐*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Կոլումբիացի ☐ Կուբացի ☐ Դոմինիկացի ☐ Էկվադորցի ☐ Գվատեմալացի
☐ Հոնդուրացի ☐ Մեքսիկացի կամ մեքսիկացի ամերիկացի ☐ Պուերտոռիկացի
☐ Սալվադորցի ☐ Իսպանացի ☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

ՄԵՐՁԱՎՈՐ ԱՐԵՎԵԼՔՅԻ ԿԱՄ ՀՅՈՒՄԻՍԱՅԻՆ ԱՖՐԻԿԱՅԻ ☐*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Աֆղանցի ☐ Ալժիրցի ☐ Հայ ☐ Եգիպտացի ☐ Իրանցի ☐ Իրաքցի ☐ Իսրայելցի
☐ Զուրդ ☐ Լիբանանցի ☐ Մարոկկացի ☐ Սիրիացի
☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

ԲՆԻԿ ՀԱՎԱՅԱՅԻ ԿԱՄ ԽԱՂԱՂՕՎԿԻԱՆՈՍՅԱՆ ԿՂԶԻՆԵՐԻ ԲՆԻԿ ☐*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Չամորո ☐ Չուկեգերե ☐ Ֆիջիացի ☐ Գուամացի ☐ Մարշալցի ☐ Բնիկ Հավայացի
☐ Պալաուացի ☐ Սամուացի ☐ Թահիթացի ☐ Տոնգացի
☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

ՍՊԻՏԱԿԱՄՈՐԹ ☐*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Հոլանդացի ☐ Անգլիացի ☐ Ֆրանսիացի ☐ Գերմանացի ☐ Իռլանդացի ☐ Իտալացի
☐ Նորվեգացի ☐ Լեհ ☐ Պորտուգալացի ☐ Ռուս ☐ Շոտլանդացի
☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

3. ԳԵՆԴԵՐԱՅԻՆ ԻՆՔՆՈՒԹՅՈՒՆ*Մանրամասները տրամադրեք ստորև:*

- ☐ Իգական ☐ Արական ☐ Իգականից արական/Տրանսգենդեր տղամարդ
☐ Արականից իգական/Տրանսգենդեր կին ☐ Գենդերավոր (ո՛չ բացառապես տղամարդ, ո՛չ էլ կին)
☐ Չգիտեմ/Նախընտրում եմ չասել ☐ Գրելու տարբերակ՝ _____

1977 թ. ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՕՐԵՆՔԻ ԾԱՆՈՒՅՈՒՄ

1977 թ. Տեղեկատվական գործունեության մասին օրենքը (Կալիֆորնիայի քաղաքացիական օրենսգրքի 1798.17 բաժին) պահանջում է հետևյալ ծանուցումը.

- Առողջապահության և անվտանգության օրենսգրքի 127436-րդ բաժինը Առողջապահության մատչելիության և տեղեկատվության վարչությանը (HCAI) լիազորություն է տալիս քննելու հիվանդանոցային հաշվառման բողոքները, որոնք կապված են հիվանդանոցի զեղչային վճարման և/կամ բարեգործական խնամքի քաղաքականության հետ:
- HCAI-ի Հիվանդանոցային արդար հաշվառման ծրագիրն օգտագործում է ձեր անձնական տեղեկությունները հիվանդանոցային հաշվառման վերաբերյալ ձեր բողոքը քննելու համար:
- Դուք կարող եք այս տեղեկատվությունը կամավոր տրամադրել HCAI-ին, չնայած դա պարտադիր չէ: Այնուամենայնիվ, եթե դուք չտրամադրեք պահանջվող տեղեկատվությունը, HCAI-ն կարող է չկարողանալ քննել ձեր բողոքը:
- HCAI-ն կարող է անհրաժեշտության դեպքում կիսվել ձեր անձնական տեղեկություններով հիվանդանոցի և մատակարարների հետ՝ ձեր բողոքը քննելու համար:
- HCAI-ն կարող է նաև կիսվել ձեր տեղեկատվությամբ այլ պետական մարմինների հետ՝ օրենքով պահանջվող կամ թույլատրված դեպքերում:
- Դուք իրավունք ունեք տեսնելու ձեր անձնական տեղեկությունները: Եթե ձեզ անհրաժեշտ է լրացուցիչ տեղեկատվություն կամ հարցեր ունեք HCAI-ի կողմից պահպանվող անձնական տվյալների գաղտնիության վերաբերյալ, խնդրում ենք կապվել Գաղտնիության քաղաքականության պատասխանատուի հետ հետևյալ հասցեով՝

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/

ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒՑ ԱՌԱՋ

Եթե ցանկանում եք, որ HCAI-ը հետաքննի, թե արդյոք հիվանդանոցը ձեզ անօրինական կերպով մերժել է բժշկական հաշիվները վճարելու օգնություն տրամադրել, ապա դուք պետք է արդեն դիմած լինեք ֆինանսական օգնության համար այն հիվանդանոցում, որտեղ ստացել եք ծառայություններ: Եթե դեռ չեք դիմել հիվանդանոց, պետք է կապվեք հիվանդանոցի հետ՝ դիմումի ձևի վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար: Եթե ցանկանում եք օգնություն, կարող եք զանգահարել Health Consumer Alliance՝ (888) 804-3536 հեռախոսահամարով, կամ այցելել healthconsumer.org կայքը՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ

1. Դիմումը ներկայացրեք առցանց՝ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov կայքում (սա դիմում ներկայացնելու ամենաարագ եղանակն է):
Հետևեք առցանց հրահանգներին և ստորագրեք Բողոքին ձևը:
2. Եթե դուք օգտագործում եք Լիազորված ներկայացուցչի, լրացրեք «Լիազորված ներկայացուցչի ձևը»:
3. Կցեք ձեր վերջին հարկային հայտարարագրի կամ վերջին աշխատավարձի կտրոնների պատճենը:

4. Դուք կարող եք կցել այլ փաստաթղթեր, որոնք հիմնավորում են ձեր պահանջը, ինչպիսիք են հետևյալներից որևէ մեկը.
- Հիվանդանոցից ստացված գրավոր գնահատում:
 - Ցանկացած փաստաթուղթ, որը հաստատում է վճարված ծառայությունների համար կատարված վճարումները:
 - Ձեր առողջապահական ծրագրի կամ պետական ապահովագրական ծրագրի հետ վճարովի ծառայությունների վերաբերյալ ցանկացած հաղորդակցություն:
 - Բժշկական պարտքի՝ հավաքագրողներին վաճառքի ապացույցը կամ վտանգը, որ, այն կուղարկվի հավաքագրողներին:
 - Ձեր վարկային գեկույցի պատճենը, եթե ձեր վարկային պատմությունը տուժել է:

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ կքննարկվեն միայն այն փաստաթղթերը, որոնք վերաբերում են ձեր բողոքում նշված ծառայության մատուցման ամսաթվին(երին):

5. Եթե դուք չեք ներկայացնում առցանց, խնդրում ենք ուղարկել ձեր Բողոքի ձևը և բոլոր ուղեկցող փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով՝

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

ԼՐԱՅՈՒՑԻՉ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ՀԱՎԵԼՎԱԾ

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

Խնդրում ենք լրացնել այս էջը, եթե թվարկում եք ընտանիքի լրացուցիչ անդամներին: Եթե ավելի շատ տարածք է անհրաժեշտ, խնդրում ենք այս էջի լրացուցիչ պատճեններ պատրաստել՝ ձեր բոլորքի հետ ներկայացնելու համար:

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

18 տարեկան և բարձր հիվանդների համար ընտանիքը ներառում է հետևյալ անձանց՝ ամուսինը/կինը, զուգընկերը և 21 տարեկանից փոքր կամ ցանկացած տարիքի հաշմանդամություն ունեցող երեխաները, անկախ նրանից՝ ապրում են տանը, թե ոչ: 18 տարեկանից փոքր հիվանդների կամ 18-ից 20 տարեկան կախյալ երեխայի համար ընտանիքը ներառում է հետևյալ անձանց՝ ծնողներին, խնամակալ ազգականներին և ծնողի կամ խնամակալ ազգականների այլ կախյալ երեխաներին, որոնք 21 տարեկանից փոքր են կամ ցանկացած տարիքի են, եթե հաշմանդամ են:

Համար	Ամբողջական անուն	Տարիք	Հարաբերությունը հիվանդի հետ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՁԵՎ

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

- Եթե ցանկանում եք մեկ այլ անձի թույլտվություն տալ ներկայացնել ձեզ կամ օգնել ձեր բողոքի հետ կապված, լրացրեք ստորև նշված Մասեր A և B:
- **Եթե դուք ծնող կամ օրինական խնամակալ եք, որը ներկայացնում է այս բողոքը 18 տարեկանից փոքր երեխայի համար, ապա այս ձևը լրացնելու կարիք չունեք:**
- Եթե դուք այս բողոքը ներկայացնում եք հիվանդի անունից, և օրենքով դուք լիազորված եք գործել հիվանդի անունից, խնդրում ենք լրացնել միայն Մաս B-ը: Դուք պետք է կցեք այն փաստաթղթերի պատճենը, որոնք ձեզ տալիս են օրինական լիազորություններ՝ գործելու որպես հիվանդի լիազոր ներկայացուցիչ:

ՄԱՍ A. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Ե ԶԻՎԱՆՂԻ ԿՈՂՄԻՑ

Ես թույլատրում եմ Մաս B-ում նշված անձին գործել իմ անունից Առողջապահության հասանելիության և տեղեկատվության վարչությանը (HCAI) ներկայացված իմ բողոքում: Ես թույլատրում եմ HCAI աշխատակիցներին կիսվել ֆինանսական տեղեկատվությամբ և իմ բժշկական վիճակի(ների) և դրան առնչվող խնամքի վերաբերյալ տեղեկատվությամբ ստորև նշված անձի հետ: Ես հասկանում և ընդունում եմ, որ այս գրառումները կարող են ներառել ֆինանսական տեղեկատվություն, հաշիվ-ապրանքագրեր, բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրամիջոցների, ՄԻԱՎ-ի, ախտորոշիչ պատկերագրական զեկույցներ և բողոքին վերաբերող այլ գրառումներ:

Այս ներկայացուցչության իմ հաստատումը կամավոր է, և ես իրավունք ունեմ դադարեցնել այն: Եթե ուզում եմ վերջ դնել դրան, պետք է դա անեմ գրավոր:

1. Զիվանդի ստորագրություն

2. Տպեք հիվանդի անունը

3. Ամսաթիվ՝ _____

ՄԱՍ B. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Ե ԶԻՎԱՆՂԻՆ ՕԳՆՈՂ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ

4. Զիվանդի անունը՝ _____

5. Լիազորված ներկայացուցչի անունը՝ _____

6. Զարաբերությունը հիվանդի հետ՝ _____

7. Փոստային հասցե, քաղաք, նահանգ, փոստային ինդեքս (5-նիշ), երկրի անվանում

8. Զեռախոսահամար

9. Էլ. փոստի հասցե

10. Լիազորված ներկայացուցչի ստորագրությունը

11. Ամսաթիվ

12. ☐ Կից ներկայացվում է հիվանդի լիազորված ներկայացուցիչ լինելու իմ օրինական լիազորությունների փաստաթղթերը: (Նշեք, եթե կիրառելի է):