

医院账单投诉表

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

- 您可以在线提交投诉，网址为：hcai.ca.gov/HospitalBillHelp。
- 如需关于投诉的免费协助，您可以访问 healthconsumer.org 或致电 (888) 804-3536 联系 Health Consumer Alliance。
- 本计划对一般账单和费用纠纷、价格透明度、诚信估价或急诊室提供者的账单（设施费除外）没有管辖权（权限）。
- 如果您邮寄文件，请仅附上文件副本。请勿邮寄原件，原件将不予退还。

第 1 部分：患者信息

1. 名字, 中间名, 姓氏

3. 性别： 女 男 不知道 不愿透露

4. 出生日期： _____

6. 患者是否是成年人？ 是 否

7. 对于未成年患者，请正楷填写其父/母或法定监护人的姓名： _____

8. 邮寄地址、城市、州、邮政编码(5位数)、国家名称

9. 主要电话号码

10. 备用电话号码

11. 电子邮件

12. 是否由 18 岁以下儿童的父/母或法定监护人以外的人员帮助您提交投诉？ 是 否

如果选择“是”，请填写第 11 页上的《授权代表表格》。

第 2 部分：家庭信息（在提供医院服务时）

13. 家庭规模： _____

对于年满 18 岁的患者，家庭成员包括以下人员：配偶、同居伴侣以及 21 岁以下的受抚养子女；如属残疾人士，则不论年龄，且不论是否与患者同住。对于未满 18 岁的患者，或 18 至 20 岁的受抚养子女，家庭成员包括以下人员：父母、照护亲属，以及父母或照护亲属的其他 21 岁以下的受抚养子女；如属残疾人士，则不论年龄。如需列出超过五名家庭成员，请填写第 10 页的附页。

序号	全名	年龄	与患者的关系
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

第 3 部分：医院信息

14. 医院名称：_____

15. 地址、城市、州、邮政编码（5 位数）：_____

16. 医院开具账单的服务日期：_____

如有账单，请提供一份副本。

17. 您是否已经为相关服务支付过任何款项？ 是 否 不知道

如果“是”，请提供证明文件以及最后一次付款的日期（如有）：_____

18. 在提交本投诉之前，您是否已向医院申请过折扣付款和/或慈善医疗？ 是 否

如果“否”，请跳至第 4 部分。如果“是”，请提供您首次收到服务账单之日或首次收到服务账单之日前 12 个月内的家庭收入。

患者的家庭收入：_____

每周 每两周 每月 每年 其他：_____

19. 您提交经济援助申请的日期：_____

20. 您的经济援助申请是否被拒绝？ 是 否

如果“是”，上诉日期（如适用）：_____

第 4 部分：健康计划信息

21. 医院提供的任何部分服务是否由工伤保险、汽车保险或上述未列明的其他保险承保？ 是 否
 不知道

22. 在任何相关服务日期期间，您是否参加了健康计划、保险计划和/或政府保险项目（例如，Medi-Cal（加州医疗补助）、Medicare（联邦医疗保险）、Medicare 补充保险等）？ 是 否 不知道

如果“是”，请针对每种保险类型，列出计划名称、保险生效日期、会员 ID 号，并勾选下面相应的保险类型（如有）。

主要保险

商业/雇主 Medi-Cal Medicare Medicare 补充保险

保险有效期

会员 ID 号

次要保险

商业/雇主 Medi-Cal Medicare Medicare 补充保险

保险有效期

会员 ID 号

其他保险

商业/雇主 Medi-Cal Medicare Medicare 补充保险

保险有效期

其他保险

商业/雇主 Medi-Cal Medicare Medicare 补充保险

保险有效期

会员 ID 号

会员 ID 号

23. 健康计划、保险计划和/或政府保险项目是否已处理医院开具账单中任何服务的理赔?

是 否 不适用 不知道

第 5 部分：债务催收信息

24. 医院是否已将该医疗债务出售给催收机构，或者您是否面临被转交至催收的风险?

是 否 不知道

25. 如果“是”，该债务是否已上报给征信机构，或是否已影响您的信用报告/评分?

是 否 不知道 不适用

如果“是”，请提供您的信用报告副本。

26. 医疗债务被出售给催收机构的日期，或者您被告知医院账单可能被转交至催收的日期（如适用且可提供）：_____

第 6 部分：投诉信息

投诉事项描述：_____

本人在提交本投诉时提供的所有信息，据本人所知均真实且准确。

患者姓名（正楷填写）

患者或法定代表签名

请注意：如果投诉表由法定代表签署，则必须填写此《授权代表表格》。

本人授权该部门就 2024 年 1 月 1 日之前发生的相关问题，将我的投诉转交给州公共卫生部处理。

是 否

第 7 部分：信息披露授权

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

本人，[正楷填写患者姓名] _____，特此同意并授权 [正楷填写医院名称]
_____ 向加州医疗保健可及性与信息部 (HCAI) 医院账单投诉计划
(HBCP) 披露并共享我的完整健康记录，包括但不限于与我本人提出或由他人代为提
出的投诉相关的财务信息、账单信息、医疗记录、精神健康记录、药物成瘾记录、HIV
相关信息、医学影像报告及其他相关记录，以用于判断上述医院是否遵守《医院公平计
费法》及其相关法规。

本人理解，本人的药物成瘾相关记录（如有）受联邦关于保密性及《药物成瘾患者记
录》（《联邦法规汇编》第 42 编第 2 部分）以及《1996 年健康保险可携性与责任
法》(HIPAA，《联邦法规汇编》第 45 编第 160 部分及第 164 部分) 之规定保护，
除非另有法规规定，否则未经本人书面同意不得披露。

本项关于共享本人健康信息的授权在本人向 HCAI 提出的投诉处理完结之前持续有效。
本人理解，我有权随时撤销本项信息共享授权，并可通过书面形式邮寄撤销申请至：

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

除非另行撤销，本授权将于本人签署本表格之日起12个月后，或在本人投诉结案时（以
较早者为准）失效。撤销授权自 HBCP 收到本人书面撤销申请时起生效，但 HBCP 或其
他方在此之前已基于本人先前同意而合理依赖并作出的信息披露不受影响。

本人理解，本项健康信息披露授权属自愿行为，但如果未签署本授权，HBCP 将无法处
理本人关于医院账单的投诉。

除法律另有要求外，加州法律禁止 HCAI 在未取得另一项授权的情况下进一步披露本人
的健康信息。本人理解，如果本人授权将健康信息披露给依法无保密义务的个人或机
构，该等信息可能不再受州法或联邦保密法律的保护。

本人理解，我有权获得本授权书的副本。

患者签名: _____ 日期: _____

正楷书写您的姓名: _____

如果本表格由依法有权代表他人行事的人员填写 (例如未成年人的父/母或法定监护人, 或医疗代理人) , 请填写以下信息:

填表人姓名: _____

填表人签名: _____

日期: _____

请在下面说明此人可签署本表格的合法权限:

人口统计信息

以下人口统计问题将仅用于报告和分析目的。此信息为可选。如果您不希望提供此信息，将不会以任何方式影响您的投诉结果。

1. 语言

首选口语：_____

您是否希望我们使用您的首选语言与您进行沟通？ 是 否

2. 种族和/或族裔

您的种族和/或族裔是什么？

请选择所有适用的类别及子类别，并在下面空白处填写任何补充说明。注意，您可以报告多个族群。

美国印第安人或阿拉斯加原住民

请在下面提供详细信息。

纳瓦霍族 手写选项：_____

亚裔或亚裔美国人

请在下面提供详细信息。

亚裔印度人 柬埔寨人 华人 菲律宾人 苗族人 日本人 韩国人

老挝人 巴基斯坦人 越南人 手写选项：_____

黑人或非裔美国人

请在下面提供详细信息。

非裔美国人 巴巴多斯人 埃塞俄比亚人 加纳人 海地人 牙买加人 肯尼亚人

尼日利亚人 索马里人 南非人 苏丹人 手写选项：_____

西班牙裔或拉丁裔

请在下面提供详细信息。

哥伦比亚人 古巴人 多米尼加人 厄瓜多尔人 危地马拉人 洪都拉斯人

墨西哥人或墨西哥裔美国人 波多黎各人 萨尔瓦多人 西班牙裔

手写选项：_____

中东裔或北非裔

请在下面提供详细信息。

阿富汗人 阿尔及利亚人 亚美尼亚人 埃及人 伊朗人 伊拉克人 以色列人 库尔德人

黎巴嫩人 摩洛哥人 叙利亚人 手写选项：_____

夏威夷原住民或太平洋岛民 □

请在下面提供详细信息。

查莫罗人 丘克人 斐济人 关岛人 马绍尔人 夏威夷原住民 帕劳人

萨摩亚人 塔希提人 汤加人 手写选项: _____

白人 □

请在下面提供详细信息。

荷兰人 英国人 法国人 德国人 爱尔兰人 意大利人 挪威人 波兰人

葡萄牙人 俄罗斯人 苏格兰人 手写选项: _____

3. 性别认同

请在下面提供详细信息。

女性 男性 女变男/跨性别男性/变性男

男变女/跨性别女性/变性女

性别酷儿 (既非完全男性也非完全女性) 不知道/不愿透露

手写选项: _____

《1977 年信息实践法》告知书

《1977 年信息实践法》（《加州民法典》第 1798.17 条）要求作出以下告知：

- 《健康与安全法典》第 127436 条赋予加州医疗保健可及性与信息部 (HCAI) 调查与医院折扣付款和/或慈善医护政策相关医院账单投诉的权限。
- HCAI 的医院公平计费计划将使用您的个人信息以调查您的医院账单投诉。
- 您可以自愿向 HCAI 提供该等信息，但并非强制要求。但是，如果您未提供所请求的信息，HCAI 可能无法对您的投诉开展调查。
- HCAI 可以在调查投诉所需范围内，与相关医院及医疗服务提供者共享您的个人信息。
- 在法律要求或允许的情况下，HCAI 也可与其他政府机构共享您的信息。
- 您有权查阅您的个人信息。如需其他信息，或者对 HCAI 维护的个人可识别数据的隐私问题有任何疑问，请联系隐私官：

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/

在您提交之前

如果您希望 HCAI 调查医院是否不当拒绝向您提供医疗账单支付方面的协助，您必须已在接受服务的医院申请过财务援助。如果您尚未向医院提出申请，请联系相关医院以获取关于申请流程的更多信息。如需协助，您可致电 (888) 804-3536 联系 Health Consumer Alliance，或访问 healthconsumer.org 获取更多信息。

如何提交

1. 在线提交，网址为 HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov（这是最快的提交方式）。
请按照线上填表说明填写并签署《投诉表》。
2. 如果您使用授权代表，请填写《授权代表表格》。
3. 请附上您最近一期的纳税申报表复印件或近期的工资单。
4. 您可以一并提交其他支持您申请的文件，例如但不限于：
 - 医院出具的书面费用估算。
 - 显示您已经为计费的服务支付款项的任何证明文件。
 - 您与健保计划或政府保险计划就相关计费服务往来的任何通信记录。
 - 证明医疗债务已被出售给催收机构或存在被转交至催收风险的文件。
 - 如果您的信用评分受到影响，请附上信用报告复印件。

请注意，仅会考虑与您投诉中所列服务日期相关的文件。

5. 如果您未通过线上方式提交，请将《投诉表》及所有证明文件邮寄至：

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

其他家庭成员附录

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

如果您要列出其他家庭成员，请填写此页。如需更多空间，请额外复印本页，与您的投诉表一并提交。

家庭信息

对于年满 18 岁的患者，家庭成员包括以下人员：配偶、同居伴侣以及 21 岁以下的受抚养子女；如属残疾人士，则不论年龄，且不论是否与患者同住。对于未满 18 岁的患者，或 18 至 20 岁的受抚养子女，家庭成员包括以下人员：父母、照护亲属，以及父母或照护亲属的其他 21 岁以下的受抚养子女；如属残疾人士，则不论年龄。

序号	全名	年龄	与患者的关系
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

授权代表表格

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

- 如果您希望授权他人代表您或协助您提交投诉，请填写下面A部分和 B 部分。
- 如果您作为父/母或法定监护人为未满 18 岁的子女提交本投诉，则无需填写本表格。**
- 如果您为患者提交本投诉，且依法经指定代表患者行事，请仅填写 B 部分。您必须附上能够证明您依法有权作为患者授权代表行事的文件副本。

A 部分：由患者填写

本人允许下文 B 部分所列人员代表本人，代为向加州医疗保健可及性与信息部 (HCAI) 提交投诉。本人允许 HCAI 工作人员向下文所列人员披露我的财务信息、医疗状况及相关医疗信息。本人理解并确认，上述记录可能包括财务信息、账单信息、医疗记录、精神健康记录、药物成瘾相关记录、HIV 相关信息、医学影像报告以及与本投诉相关的其他记录。

本人对该代表的授权系自愿作出，且本人有权终止该授权。如果本人想终止该授权，则必须以书面形式提出。

1. 患者签名

2. 正楷书写患者姓名

3. 日期: _____

B 部分：由协助患者的人员填写

4. 患者姓名: _____

5. 授权代表姓名: _____

6. 与患者的关系: _____

7. 邮寄地址、城市、州、邮政编码 (5 位数)、国家名称

8. 电话号码

9. 电子邮件

10. 授权代表签名

11. 日期

12. 我作为患者授权代表行事的法律授权文件已附上。 (如适用, 请勾选) 。