

فرم شکایت از صورتحساب بیمارستان HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- شما می‌توانید شکایت خود را به صورت آنلاین در آدرس hcai.ca.gov/HospitalBillHelp ثبت کنید.
- برای دریافت کمک رایگان در مورد شکایت خود، می‌توانید با مراجعه به وبسایت healthconsumer.org یا با شماره تلفن 804-3536 (888) با اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت تماس بگیرید.
- این برنامه صلاحیت رسیدگی به اختلافات عمومی در مورد صورتحساب‌ها و هزینه‌ها، شفافیت قیمت، برآوردهای مبتنی بر حسن نیت یا صدور صورتحساب توسط ارائه‌دهنده خدمات اورژانس (به غیر از هزینه‌های مرکز) را ندارد.
- اگر مدارک خود را از طریق پست ارسال می‌کنید، لطفاً فقط کپی مدارک را ارسال کنید. اصل مدارک را ارسال نکنید، برگردانده نخواهند شد.

بخش 1: اطلاعات بیمار

1. نام، نام میانی، نام خانوادگی _____
2. نام دلخواه (اختیاری) _____
3. جنسیت: ☐ زن ☐ مرد ☐ نامشخص ☐ ترجیح می‌دهم نگویم
4. تاریخ تولد _____
5. آیا بیمار فوت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر
6. آیا بیمار زیر سن قانونی است؟ ☐ بله ☐ خیر
7. برای بیماران خردسال، لطفاً نام والدین یا قیم قانونی آنها را بنویسید: _____
8. آدرس پستی، شهر، ایالت، کد پستی (5 رقمی)، نام کشور _____
9. شماره تلفن اصلی _____
10. (یا: 10.) شماره تلفن ثانویه _____
11. (یا: 11.) آدرس ایمیل _____
12. آیا کسی غیر از والدین یا قیم قانونی کودک زیر 18 سال به شما در ثبت شکایتتان کمک می‌کند؟ ☐ بله ☐ خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً فرم نماینده مجاز در صفحه 11 را تکمیل کنید.
- بخش 2: اطلاعات خانواده (در زمانی که خدمات بیمارستانی ارائه می‌شد)
13. اندازه خانواده: _____

برای بیماران 18 سال و بالاتر، خانواده شامل موارد زیر است: همسر، شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، یا هر سنی در صورت معلولیت، چه در خانه زندگی کنند و چه نکنند. برای بیماران زیر 18 سال یا برای فرزند تحت تکفل 18 تا 20 سال، خانواده شامل موارد زیر می‌شود: والدین، بستگان سرپرست، و سایر فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال بستگان والدین یا سرپرست، یا هر سنی در صورت معلولیت. اگر بیش از پنج عضو خانواده را فهرست می‌کنید، ضمیمه صفحه 10 را تکمیل کنید.

شماره	نام کامل	سن	نسبت با بیمار:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

بخش 3: اطلاعات بیمارستان

14. نام بیمارستان: _____

15. آدرس، شهر، ایالت، کد پستی (5 رقمی): _____

16. تاریخ صدور صورتحساب خدمات (خدمات) توسط بیمارستان: _____

لطفاً در صورت وجود، یک کپی از هرگونه صورتحساب ارائه دهید.

17. آیا مبلغی را برای خدمات مورد نظر پرداخت کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ناشناس

در صورت مثبت بودن پاسخ، مدارک پشتیبان و تاریخ آخرین پرداخت را در صورت وجود ارائه دهید: _____

18. آیا قبل از طرح این شکایت، از بیمارستان درخواست تخفیف در پرداخت و/یا مراقبت خیریه کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر نه، به بخش 4 بروید. اگر بله، درآمد خانواده خود را در تاریخی که برای اولین بار صورتحساب خدمات برای شما ارسال شده است یا در 12 ماه قبل از تاریخ اولین صورتحساب برای خدمات، ارائه دهید.

درآمد خانواده بیمار: _____

☐ هفتگی ☐ دو هفته یکبار ☐ ماهانه ☐ سالانه ☐ سایر: _____

19. تاریخ ارسال درخواست کمک مالی: _____

20. آیا درخواست کمک مالی شما رد شد؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، تاریخ تجدیدنظرخواهی، در صورت وجود: _____

بخش 4: اطلاعات طرح سلامت21. آیا بخشی از خدمات بیمارستان تحت پوشش غرامت کارگران، بیمه خودرو یا سایر بیمه‌هایی بود که در بالا ذکر نشده بود؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص22. آیا در هر یک از تاریخ‌های خدمت مورد نظر، در یک طرح درمانی، طرح بیمه و/یا برنامه بیمه دولتی (یعنی Medicare، Medi-Cal، بیمه تکمیلی Medicare و غیره) ثبت نام کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص

اگر بله، برای هر نوع پوشش، لطفاً نام طرح، تاریخ شروع پوشش، شماره شناسایی عضویت و در صورت وجود، کادر مربوط به نوع پوشش را در زیر فهرست کنید.

شماره شناسایی عضویت

تاریخ‌های پوشش

پوشش اولیه

☐ تجاری/کارفرمایی ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ بیمه تکمیلی Medicare

شماره شناسایی عضویت

تاریخ‌های پوشش

پوشش ثانویه

☐ تجاری/کارفرمایی ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ بیمه تکمیلی Medicare

شماره شناسایی عضویت

تاریخ‌های پوشش

سایر پوشش‌ها

☐ تجاری/کارفرمایی ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ بیمه تکمیلی Medicare

شماره شناسایی عضویت

تاریخ‌های پوشش

سایر پوشش‌ها

☐ تجاری/کارفرمایی ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ بیمه تکمیلی Medicare

23. آیا طرح درمانی، طرح بیمه و/یا برنامه بیمه دولتی، هیچ یک از ادعاهای مربوط به خدماتی که بیمارستان برای آنها صورتحساب صادر می‌کند را بررسی کرده است؟

☐ بله ☐ خیر ☐ مربوط نیست ☐ نامشخص

بخش 5: اطلاعات وصول بدهی

24. آیا بیمارستان این بدهی پزشکی را به سازمان‌های وصول مطالبات فروخته است یا شما در معرض خطر ارجاع به سازمان‌های وصول مطالبات هستید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص

25. اگر بله، آیا بدهی به یک دفتر اعتباری گزارش شده است یا بر گزارش/امتیاز اعتباری شما تأثیر گذاشته است؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص ☐ قابل اجرا نیست

اگر بله، لطفاً یک کپی از گزارش اعتباری خود ارائه دهید.

26. تاریخ فروش بدهی به بخش وصول مطالبات یا تاریخی که به شما اطلاع داده شد صورتحساب بیمارستان شما در معرض خطر ارسال به بخش وصول مطالبات است، در صورت وجود و در دسترس بودن:

بخش 6: اطلاعات شکایت

شرح شکایت شما:

تمام اطلاعاتی که من در ثبت این شکایت ارائه دادم، تا جایی که من می‌دانم، درست و صحیح است.

نام بیمار (چاپی)

امضای بیمار یا نماینده قانونی

لطفاً توجه داشته باشید: در صورتی که فرم شکایت توسط نماینده قانونی امضا می‌شود، فرم نماینده مجاز باید تکمیل شود.

من به وزارتخانه اجازه می‌دهم شکایت من را برای مواردی که قبل از 1 ژانویه 2024 رخ داده است، به وزارت بهداشت عمومی ایالت ارسال کند. ☐ بله ☐ خیر

بخش 7: انتشار اطلاعات

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

من، [نام بیمار را با حروف چاپ کنید] _____ به [نام بیمارستان را با حروف چاپ کنید] _____ اجازه می‌دهم که پرونده کامل سلامت من، شامل اما نه محدود به، اطلاعات مالی، صورتحساب، پزشکی، سلامت روان، اختلال سوءمصرف مواد، HIV، گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی و سایر سوابق مربوط به شکایتی که من ثبت کرده‌ام یا از طرف من ثبت شده است، را با برنامه شکایت صورتحساب بیمارستان (HBCP) اداره دسترسی و اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (HCAI) به اشتراک بگذارد، به منظور تعیین اینکه آیا بیمارستان نامبرده با قانون صورتحساب منصفانه بیمارستان و مقررات مرتبط مطابقت دارد یا خیر.

من متوجه هستم که سوابق اختلال مصرف مواد من، در صورت وجود، تحت مقررات فدرال حاکم بر محرمانگی و CFR, Part 2 42 سوابق بیمار اختلال مصرف مواد و قانون انتقال و پاسخگویی بیمه سلامت سال 1996 (HIPAA)، 45 CFR pts 160 & 164 محافظت می‌شوند و بدون رضایت کتبی من قابل افشا نیستند، مگر اینکه طبق مقررات طور دیگری پیش‌بینی شده باشد.

این مجوز برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت من تا زمان حل و فصل شکایت من در HCAI معتبر است. من متوجه هستم که مجاز به لغو این مجوز برای به اشتراک گذاشتن داده‌های سلامت در هر زمان هستم و می‌توانم این کار را کتباً از طریق پست به آدرس زیر انجام دهم:

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

مگر اینکه به نحو دیگری لغو شود، این مجوز 12 ماه پس از تاریخ امضای این فرم یا بسته شدن شکایت من، هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، منقضی خواهد شد. این لغو زمانی لازم‌الاجرا خواهد شد که HBCP درخواست کتبی من را دریافت کند، مگر در مواردی که HBCP یا سایرین قبلاً برای انتشار اطلاعات پزشکی به رضایت قبلی من استناد کرده باشند.

من متوجه هستم که این مجوز برای انتشار اطلاعات سلامت داوطلبانه است، اما HBCP نمی‌تواند بدون امضای این فرم، به شکایت من در مورد صورتحساب بیمارستان رسیدگی کند.

مگر اینکه قانون الزام کند، قانون کالیفرنیا، HCAI را از افشای بیشتر اطلاعات سلامت من منع می‌کند، مگر اینکه HCAI مجوز دیگری دریافت کند. من متوجه هستم که اگر اجازه افشای اطلاعات سلامت خود را به شخصی داده باشم که از نظر قانونی ملزم به محرمانه نگه داشتن آن نیست، ممکن است دیگر تحت حمایت قوانین محرمانگی ایالتی یا فدرال نباشد.

من متوجه هستم که حق دریافت یک نسخه از این مجوز را دارم.

امضای بیمار: _____ تاریخ: _____

نام خود را چاپ کنید: _____

اگر این فرم توسط شخصی که دارای اختیار قانونی برای اقدام از طرف یک فرد است، مانند والدین یا قیم قانونی یک خردسال یا نماینده مراقبت‌های بهداشتی، تکمیل می‌شود، لطفاً اطلاعات زیر را تکمیل کنید:

نام فردی که این فرم را پر می‌کند: _____

امضای تکمیل کننده این فرم: _____

تاریخ: _____

در زیر توضیح دهید که چگونه این شخص از نظر قانونی اختیار امضای این فرم را دارد:

اطلاعات جمعیت‌شناختی

سوالات جمعیت‌شناختی زیر فقط برای اهداف گزارش‌دهی و تحلیل استفاده خواهند شد. این اطلاعات اختیاری است. اگر مایل به ارائه این اطلاعات نیستید، این موضوع به هیچ وجه بر نتیجه شکایت شما تأثیری نخواهد گذاشت.

1. زبان:

زبان ترجیحی مورد استفاده:

آیا مایلید ما به زبان دلخواه شما با شما ارتباط برقرار کنیم؟ ☐ بله ☐ خیر

2. نژاد و/یا قومیت

نژاد و/یا قومیت شما چیست؟

تمام دسته‌ها و زیردسته‌های مربوطه را انتخاب کنید و هرگونه جزئیات اضافی را در فضاهاى زیر وارد کنید. توجه داشته باشید، می‌توانید بیش از یک گروه را گزارش دهید.

☐ سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ ملت ناواهو ☐ گزینه نوشتن:

☐ آسیایی یا آسیایی-آمریکایی

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ آسیایی هندی ☐ کامبوجی ☐ چینی ☐ فیلیپینی/آ ☐ همونگ ☐ ژاپنی ☐ کره‌ای

☐ لائوسی ☐ پاکستانی ☐ ویتنامی ☐ گزینه نوشتن:

☐ سیاه‌پوست یا آفریقایی-آمریکایی

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ آمریکایی آفریقایی تبار ☐ باربادوسی ☐ اتیوپیایی ☐ غنایی ☐ هائیتیایی ☐ جامائیکایی ☐ کنیایی

☐ نیجریه‌ای ☐ سومالیایی ☐ آفریقای جنوبی ☐ سودانی ☐ گزینه نوشتن:

☐ اسپانیایی یا لاتین/غیر اسپانیایی

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ کلمبیایی ☐ کوبایی ☐ دومینیکنی ☐ اکوادوری ☐ گواتمالایی ☐ هندوراسی

☐ مکزیکی یا مکزیکی آمریکایی ☐ پورتوریکویی ☐ السالوادوری ☐ اسپانیایی

☐ گزینه نوشتن:

☐ خاورمیانه یا شمال آفریقا

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ افغان ☐ الجزایری ☐ ارمنی ☐ مصری ☐ ایرانی ☐ عراقی ☐ اسرائیلی ☐ کردی

☐ لبنانی ☐ مراکشی ☐ سوری ☐ گزینه نوشتن:

☐ بومی هاوایی یا جزیره‌نشین اقیانوس آرام

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ چامورو ☐ چوکی ☐ از فیجی ☐ گوامی ☐ مارشالز ☐ بومی هاوایی ☐ Palauan

☐ ساموایی ☐ تاهیتی ☐ تونگان ☐ گزینه نوشتن:

☐ سفید

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ هلندی ☐ انگلیسی ☐ فرانسوی ☐ آلمانی ☐ ایرلندی ☐ ایتالیایی ☐ نروژی ☐ لهستانی
☐ پرتغالی ☐ روسی ☐ اسکاتلندی ☐ گزینه نوشتن: _____

3. هویت جنسیتی

جزئیات را در زیر ارائه دهید.

☐ زن ☐ مرد ☐ زن به مرد/مرد ترانجسیتی/مرد ترانجسیتی
☐ مرد به زن/زن ترانجسیتی/زن ترانجسیتی
☐ جنسیت کویر (نه منحصرأ مرد و نه زن) ☐ نمی‌دانم/ترجیح می‌دهم نگویم
☐ گزینه نوشتن: _____

اطلاعیه قانون رویه‌های اطلاعاتی سال 1977

قانون رویه‌های اطلاعاتی مصوب 1977 (بخش 1798.17 قانون مدنی کالیفرنیا) اطلاعیه زیر را الزامی می‌داند:

- 127436 قانون بهداشت و ایمنی به وزارت دسترسی و اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی (HCAI) اختیار می‌دهد تا شکایات مربوط به صورتحساب بیمارستان مربوط به سیاست‌های تخفیف پرداخت و/یا مراقبت‌های خیریه بیمارستان را بررسی کند.
- برنامه صدور صورتحساب منصفانه بیمارستان HCAI از اطلاعات شخصی شما برای بررسی شکایت شما در مورد صورتحساب بیمارستان استفاده می‌کند.
- شما می‌توانید این اطلاعات را داوطلبانه در اختیار HCAI قرار دهید، هرچند الزامی نیست. با این حال، اگر اطلاعات درخواستی را ارائه ندهید، HCAI ممکن است نتواند شکایت شما را بررسی کند.
- مرکز مراقبت‌های بهداشتی (HCAI) ممکن است در صورت نیاز، اطلاعات شخصی شما را با بیمارستان و ارائه دهندگان خدمات درمانی به اشتراک بگذارد تا شکایت شما را بررسی کند.
- HCAI همچنین ممکن است اطلاعات شما را در صورت لزوم یا اجازه قانون با سایر سازمان‌های دولتی به اشتراک بگذارد.
- شما حق دارید اطلاعات شخصی خود را ببینید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر یا داشتن هرگونه سوال در مورد حریم خصوصی داده‌های شخصی قابل شناسایی که توسط HCAI نگهداری می‌شود، لطفاً با مسئول حریم خصوصی از طریق شماره زیر تماس بگیرید:

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 از تشکیل پرونده

اگر مایلید HCAI بررسی کند که آیا بیمارستان به ناحق از کمک به شما برای پرداخت هزینه‌های پزشکی‌تان خودداری کرده است یا خیر، باید قبلاً در بیمارستانی که از آن خدمات دریافت کرده‌اید، درخواست کمک مالی داده باشید. اگر هنوز برای بیمارستان درخواست نداده‌اید، برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست، باید با بیمارستان تماس بگیرید. اگر به کمک نیاز دارید، می‌توانید با اتحادیه مصرف‌کنندگان سلامت به شماره 804-3536 (888) تماس بگیرید یا برای اطلاعات بیشتر به وبسایت healthconsumer.org مراجعه کنید.

نحوه تشکیل پرونده

1. درخواست خود را به صورت آنلاین در HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov ثبت کنید (این سریع‌ترین روش برای ثبت درخواست است).
دستورالعمل‌های آنلاین را دنبال کنید و فرم شکایت را امضا کنید.
 2. اگر از نماینده مجاز استفاده می‌کنید، «فرم نماینده مجاز» را تکمیل کنید.
 3. یک کپی از اظهارنامه مالیاتی اخیر یا فیش حقوقی اخیر خود را پیوست کنید.
 4. شما می‌توانید مدارک دیگری را که از درخواست شما پشتیبانی می‌کنند، مانند هر یک از موارد زیر، ضمیمه کنید:
 - برآورد کتبی از بیمارستان.
 - هرگونه مدرکی که نشان دهنده پرداخت‌های انجام شده برای خدمات صورتحساب شده باشد.
 - هرگونه ارتباط با طرح سلامت یا برنامه بیمه دولتی شما در مورد خدمات صورتحساب شده.
 - اثبات بدهی پزشکی که به مجموعه‌ها فروخته شده یا در معرض خطر ارسال به مجموعه‌ها است.
 - یک کپی از گزارش اعتباری شما در صورتی که امتیاز اعتباری شما تحت تأثیر قرار گرفته باشد.
- لطفاً توجه داشته باشید، فقط مدارکی که مربوط به تاریخ(های) ارائه خدمات ذکر شده در شکایت شما باشند، بررسی خواهند شد.

5. اگر به صورت آنلاین درخواست خود را ارسال نمی‌کنید، لطفاً فرم شکایت و هرگونه مدرک پشتیبان را به آدرس زیر ارسال کنید:

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

ضمیمه اضافی اعضای خانواده

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

اگر قصد دارید اعضای خانواده دیگری را نیز معرفی کنید، لطفاً این صفحه را تکمیل کنید. اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، لطفاً نسخه‌های دیگری از این صفحه تهیه کنید تا به همراه شکایت خود ارسال کنید.

اطلاعات خانواده

برای بیماران 18 سال و بالاتر، خانواده شامل موارد زیر است: همسر، شریک زندگی و فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال، یا هر سنی در صورت معلولیت، چه در خانه زندگی کنند و چه نکنند. برای بیماران زیر 18 سال یا برای فرزند تحت تکفل 18 تا 20 سال، خانواده شامل موارد زیر می‌شود: والدین، بستگان سرپرست، و سایر فرزندان تحت تکفل زیر 21 سال بستگان والدین یا سرپرست، یا هر سنی در صورت معلولیت.

شماره	نام کامل	سن	نسبت با بیمار:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

فرم نماینده مجاز
HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- اگر می‌خواهید به شخص دیگری اجازه دهید تا نماینده شما باشد یا در شکایتان به شما کمک کند، بخش‌های الف و ب زیر را تکمیل کنید.
- اگر شما والدین یا قیم قانونی کودک زیر 18 سال خود هستید و این شکایت را برای او ارسال می‌کنید، نیازی به تکمیل این فرم ندارید.
- اگر این شکایت را از طرف یک بیمار ثبت می‌کنید و طبق قانون، شما نماینده بیمار هستید، لطفاً فقط بخش ب را تکمیل کنید. شما باید یک کپی از مدارکی که به شما اختیار قانونی می‌دهد تا به عنوان نماینده مجاز بیمار عمل کنید را پیوست کنید.

بخش A: تکمیل شده توسط بیمار

من به شخص نامبرده در بخش ب اجازه می‌دهم که از طرف من در شکایتی که به اداره دسترسی و اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی (HCAI) ارائه داده‌ام، اقدام کند. من به کارکنان HCAI اجازه می‌دهم اطلاعات مالی و اطلاعات مربوط به وضعیت پزشکی من و مراقبت‌های مرتبط را با شخص نامبرده در زیر به اشتراک بگذارند. من متوجه هستم و تصدیق می‌کنم که این سوابق ممکن است شامل اطلاعات مالی، صورتحساب، اطلاعات پزشکی، سلامت روان، سوء مصرف مواد، HIV، گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی و سایر سوابق مربوط به شکایت باشد.

تأیید من از این نمایندگی داوطلبانه است و من حق دارم آن را پایان دهم. اگر بخواهم به آن پایان دهم، باید کتباً این کار را انجام دهم.

2. نام بیمار را چاپ کنید

1. امضای بیمار

3. تاریخ:

بخش B: توسط فرد کمک کننده به بیمار تکمیل شود

4. نام بیمار:

5. نام نماینده مجاز:

6. نسبت با بیمار:

7. آدرس پستی، شهر، ایالت، کد پستی (5 رقمی)، نام کشور

9. آدرس ایمیل

8. شماره تلفن

11. (یا: 11). تاریخ

10. امضای نماینده مجاز

12. ☐ مدارک مربوط به اختیارات قانونی من برای اقدام به عنوان نماینده مجاز بیمار پیوست شده است. (در صورت وجود، تیک بزنید).