

अस्पताल के बिल संबंधी शिकायत फॉर्म

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

- आप अपनी शिकायत ऑनलाइन hcai.ca.gov/HospitalBillHelp पर दर्ज कर सकते हैं।
- अपनी शिकायत के संबंध में मुफ्त सहायता के लिए, आप healthconsumer.org पर जाकर या (888) 804-3536 पर कॉल करके हेल्प केंज्यूमर एलायंस (स्वास्थ्य उपभोक्ता गठबंधन) से संपर्क कर सकते हैं।
- इस प्रोग्राम के पास सामान्य बिलिंग और शुल्क विवादों, मूल्य पारदर्शिता, सद्व्यवहार अनुमानों या आपातकालीन कक्ष प्रदाता द्वारा बिलिंग (सुविधा शुल्कों के अलावा) पर कोई अधिकार क्षेत्र (अधिकार) नहीं है।
- अगर आप अपने दस्तावेज़ डाक से भेज रहे हैं, तो कृपया केवल दस्तावेज़ों की कॉपी याँ ही शामिल करें। मूल दस्तावेज़ न भेजें, वे वापस नहीं किए जाएँगे।

अनुभाग 1: मरीज़ की जानकारी

1. पहला नाम, मध्य नाम, उपनाम

2. पसंदीदा नाम (वैकल्पिक)

3. लिंग: महिला पुरुष अज्ञात बताना नहीं चाहते

5. क्या मरीज़ की मृत्यु हो गई है? हाँ नहीं

4. जन्म की तारीख: _____

6. क्या मरीज़ नाबालिग है? हाँ नहीं

7. नाबालिग मरीज़ों के लिए, कृपया उनके माता-पिता या कानूनी अभिभावक का नाम लिखें: _____

8. डाक पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड (5 अंकों का), देश का नाम

9. प्राथमिक फ़ोन नंबर

10. द्वितीय फ़ोन नंबर

11. ईमेल पता

12. क्या 18 वर्ष से कम आयु के बच्चे के माता-पिता या कानूनी अभिभावक के अलावा कोई और व्यक्ति आपकी शिकायत दर्ज करने में आपकी मदद कर रहा है? हाँ नहीं

अगर हाँ, तो कृपया पृष्ठ 12 पर अधिकृत प्रतिनिधिफॉर्म भरें।

अनुभाग 2: परिवार से संबंधित जानकारी (अस्पताल सेवाएँ प्रदान किए जाने के समय)

13. परिवार का आकार

18 वर्ष और उससे अधिक आयु के मरीज़ों के लिए, परिवार में निम्नलिखित शामिल हैं: पति/पत्नी, घरेलू साथी और 21 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चे, या अगर विकलांग हैं तो किसी भी आयु के बच्चे, चाहे वे घर पर रहते हों या नहीं। 18 वर्ष से कम आयु के मरीज़ों के लिए, या 18 से 20 वर्ष की आयु के आश्रित बच्चे के लिए, परिवार में निम्नलिखित शामिल हैं: माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार, और माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदारों के 21 वर्ष से कम आयु के अन्य आश्रित बच्चे, या अगर विकलांग हैं तो किसी भी आयु के बच्चे। अगर परिवार के पांच से अधिक सदस्यों को सूचीबद्ध कर रहे हैं, तो पृष्ठ 11 पर दिए गए परिशिष्ट को भरें।

नंबर	पूरा नाम	आयु	मरीज़ से संबंध:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

अनुभाग 3: अस्पताल की जानकारी

14. अस्पताल का नाम: _____

15. पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड (5 अंकों का): _____

16. अस्पताल द्वारा बिल जारी किए जाने की सेवा(ओं) की तारीख: _____

अगर उपलब्ध हो तो कृपया बिल की एक कॉपी प्रदान करें।

17. क्या आपने संबंधित सेवा(ओं) के लिए किसी राशि का भुगतान किया है? हाँ नहीं अज्ञात

अगर हाँ, तो कृपया सहायक दस्तावेज और अंतिम भुगतान की तारीख (अगर उपलब्ध हो) प्रदान करें: _____

18. क्या आपने शिकायत दर्ज करने से पहले अस्पताल में छूट भुगतान और/या धर्मर्थ देखभाल के लिए आवेदन किया था?

 हाँ नहीं

अगर नहीं, तो अनुभाग 4 पर जाएँ। अगर हाँ, तो उस तारीख पर अपनी पारिवारिक आय का विवरण दें जिस तारीख पर आपको सेवा के लिए पहली बार बिल भेजा गया था या उस तारीख से पहले के 12 महीनों में आपकी पारिवारिक आय का विवरण दें।

मरीज़ के परिवार की आय: _____

 साप्ताहिक पावधिक मासिक वार्षिक अन्य: _____

19. आपने वित्तीय सहायता के लिए आवेदन कब सबमिट किया था: _____

20. क्या आपका वित्तीय सहायता आवेदन अस्वीकृत कर दिया गया था? हाँ नहीं

अगर हाँ, तो अपील करने की तारीख, अगर लागू हो: _____

अनुभाग 4: स्वास्थ्य योजना की जानकारी21. क्या अस्पताल की सेवाओं का कोई हिस्सा कर्मचारी क्षतिपूर्ति, वाहन बीमा, या ऊपर सूचीबद्ध न किए गए किसी अन्य बीमा द्वारा कवर किया गया था? हाँ नहीं अज्ञात22. क्या आप प्रश्न में उल्लिखित सेवा की तारीखों में से किसी भी तारीख के लिए किसी स्वास्थ्य योजना, बीमा प्लैन और/या सरकारी बीमा प्रोग्राम (जैसे, Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance, आदि) में नामांकित थे? हाँ नहीं अज्ञात

अगर हाँ, तो प्रत्येक प्रकार के कवरेज के लिए, कृपया योजना का नाम, कवरेज की प्रभावी तारीखें, सदस्यता आईडी नंबर सूचीबद्ध करें और अगर उपलब्ध हो तो नीचे दिए गए कवरेज के प्रकार के लिए चेक बॉक्स पर निशान लगाएँ।

प्राथमिक कवरेज

कवरेज की तारीखें

सदस्यता आईडी संख्या

 वाणिज्यिक/नियोक्ता Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

द्वितीयक कवरेज

कवरेज की तारीखें

सदस्यता आईडी संख्या

वाणिज्यिक/नियोक्ता Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

अन्य कवरेज

कवरेज की तारीखें

सदस्यता आईडी संख्या

वाणिज्यिक/नियोक्ता Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

अन्य कवरेज

कवरेज की तारीखें

सदस्यता आईडी संख्या

वाणिज्यिक/नियोक्ता Medi-Cal Medicare Medicare Supplemental Insurance

23. क्या अस्पताल द्वारा बिल की जा रही सेवाओं के लिए किसी स्वास्थ्य योजना, बीमा प्लैन और/या सरकारी बीमा प्रोग्राम ने किसी भी दावे को संसाधित किया है?

हाँ नहीं लागू नहीं अज्ञात

अनुभाग 5: ऋण वसूली संबंधी जानकारी

24. क्या अस्पताल ने इस चिकित्सा ऋण को वसूली एजेंसियों को बेच दिया है या क्या आप वसूली एजेंसियों को भेजे जाने के जोखिम में हैं? हाँ नहीं अज्ञात

25. अगर हाँ, तो क्या ऋण की जानकारी क्रेडिट ब्यूरो को दी गई थी या क्या इससे आपकी क्रेडिट रिपोर्ट/स्कोर पर कोई प्रभाव पड़ा है?

हाँ नहीं अज्ञात लागू नहीं

अगर हाँ, तो कृपया अपनी क्रेडिट रिपोर्ट की एक कॉपी प्रदान करें।

26. अगर लागू हो और उपलब्ध हो, तो वह तारीख जब ऋण वसूली एजेंसियों को बेचा गया था या वह तारीख जब आपको सूचित किया गया था कि आपका अस्पताल बिल वसूली एजेंसियों को भेजे जाने के खतरे में है: _____

अनुभाग 6: शिकायत की जानकारी

आपकी शिकायत किस बारे में है, इसका विवरण: _____

इस शिकायत को दर्ज करते समय मैंने जो भी जानकारी दी है, वह मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

मरीज़ का नाम (लिखें)

मरीज़ या उसके कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

कृपया ध्यान दें: अगर शिकायत फॉर्म पर किसी कानूनी प्रतिनिधि द्वारा हस्ताक्षर किए जा रहे हैं, तो अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म को भरना आवश्यक है।

मैं विभाग को यह अधिकार देता/देती हूँ कि वह मेरी शिकायत को 1 जनवरी, 2024 से पहले घटित हुई समस्याओं के लिए राज्य जन स्वास्थ्य विभाग को अग्रेषित करे। हाँ नहीं

अनुभाग 7: जानकारी का प्रकाशन

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

मैं, [मरीज़ का नाम लिखें] _____, [अस्पताल का नाम लिखें] _____ को अपना संपूर्ण स्वास्थ्य रिकॉर्ड शेयर करने की अनुमति देता/देती हूँ, जिसमें वित्तीय जानकारी, बिलिंग, चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों के सेवन विकार, एचआईवी, नैदानिक इमेजिंग रिपोर्ट और मेरे द्वारा या मेरी ओर से California स्वास्थ्य देखभाल पहुंच और जानकारी विभाग (HCAI) के अस्पताल बिल शिकायत प्रोग्राम (HBCP) में दर्ज की गई शिकायत से संबंधित अन्य रिकॉर्ड शामिल हैं, ताकि यह निर्धारित किया जा सके कि नामित अस्पताल अस्पताल निष्पक्ष बिलिंग अधिनियम और संबंधित विनियमों का अनुपालन कर रहा था या नहीं।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे मादक द्रव्यों के सेवन विकार से संबंधित रिकॉर्ड, अगर कोई हों, तो गोपनीयता और मादक द्रव्यों के सेवन विकार मरीज़ रिकॉर्ड को नियंत्रित करने वाले संघीय नियमों 42 C.F.R., भाग 2 और स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. भाग 160 और 164 के तहत संरक्षित हैं, और मेरी लिखित सहमति के बिना उनका खुलासा नहीं किया जा सकता है, जब तक कि विनियमन द्वारा अन्यथा प्रदान न किया गया हो।

मेरी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी शेयर करने की यह अनुमति तब तक वैध है जब तक HCAI में मेरी शिकायत का समाधान नहीं हो जाता। मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे किसी भी समय स्वास्थ्य संबंधी डेटा शेयर करने की इस अनुमति को रद्द करने का अधिकार है और मैं ऐसा डाक द्वारा लिखित रूप में कर सकता/सकती हूँ:

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

जब तक इसे रद्द नहीं किया जाता, यह प्राधिकरण मेरे द्वारा इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तारीख से 12 महीने बाद या मेरी शिकायत बंद होने पर, जो भी पहले हो, समाप्त हो जाएगा। यह निरस्तीकरण तब प्रभावी होगा जब HBCP को मेरा लिखित अनुरोध प्राप्त होगा, सिवाय उस स्थिति के जब HBCP या अन्य लोगों ने चिकित्सा जानकारी जारी करने के लिए पहले ही मेरी पूर्व सहमति पर भरोसा किया हो।

मैं समझता हूँ कि स्वास्थ्य संबंधी जानकारी जारी करने की यह अनुमति स्वैच्छिक है, लेकिन HBCP इस अनुमति पत्र पर हस्ताक्षर किए बिना अस्पताल के बिलिंग संबंधी मेरी शिकायत पर कार्रवाई नहीं कर सकता है।

जब तक कानून द्वारा आवश्यक न हो, California कानून HCAI को मेरी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का आगे खुलासा करने से रोकता है, जब तक कि HCAI को कोई अन्य प्राधिकरण प्राप्त न हो जाए। मैं समझता/समझती हूँ कि अगर मैंने अपनी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी किसी ऐसे व्यक्ति को प्रकट करने की

अनुमति दी है जो कानूनी रूप से इसे गोपनीय रखने के लिए बाध्य नहीं है, तो यह राज्य या संघीय गोपनीयता कानूनों द्वारा संरक्षित नहीं रह सकती है।

मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे इस प्राधिकरण की एक कॉपी प्राप्त करने का अधिकार है।

मरीज़ के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

अपना नाम लिखें: _____

अगर यह फॉर्म किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा भरा जा रहा है जिसे किसी व्यक्ति की ओर से कार्य करने का कानूनी अधिकार प्राप्त है, जैसे कि किसी नाबालिग का माता-पिता या कानूनी अभिभावक या स्वास्थ्य सेवा एजेंट, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी भरें:

इस फॉर्म को पूरा करने वाले व्यक्ति का नाम:

इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: _____

तारीख:

नीचे बताएँ कि इस व्यक्ति को इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने का कानूनी अधिकार कैसे प्राप्त है:

जनसांख्यिकीय जानकारी

निम्नलिखित जनसांख्यिकीय प्रश्नों का इस्तेमाल केवल रिपोर्टिंग और विश्लेषण उद्देश्यों के लिए किया जाएगा। यह जानकारी वैकल्पिक है। अगर आप यह जानकारी प्रदान नहीं करना चाहते हैं, तो इससे आपकी शिकायत के परिणाम पर किसी भी तरह से कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

1. HINDI

बोली जाने वाली पसंदीदा भाषा: _____

क्या आप हमसे अपनी पसंदीदा भाषा में बातचीत करना चाहेंगे? हाँ नहीं

2. नस्ल और/या जातीयता

आपकी जाति और/या नस्ल क्या है?

लागू होने वाली सभी श्रेणियों और उपश्रेणियों का चयन करें और नीचे दिए गए स्थानों में कोई भी अतिरिक्त विवरण दर्ज करें। ध्यान दें, आप एक से अधिक समूहों की रिपोर्ट कर सकते हैं।

अमेरिकी मूल निवासी या अलास्का का मूल निवासी

नीचे विवरण प्रदान करें।

नवाजो राष्ट्र लिखकर वोट देने का विकल्प: _____

एशियाई या एशियाई अमेरिकी

नीचे विवरण प्रदान करें।

एशियाई भारतीय कंबोडियन चीनी फिलिपिनो/फिलिपिनो ह्योंग जापानी कोरियाई

लाओशियन पाकिस्तानी वियतनामी राइट-इन विकल्प: _____

अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी

नीचे विवरण प्रदान करें।

अफ्रीकी अमेरिकी बारबाडियन इथियोपियाई घानाई हैतीई जमैकाई केन्याई

नाइजीरियाई सोमाली दक्षिण अफ्रीकी सूडानी लिखकर जवाब देने का विकल्प: _____

हिस्पैनिक या लैटिनो/ना

नीचे विवरण प्रदान करें।

कोलंबियाई क्यूबाई डोमिनिकन इक्वाडोरियन ग्वाटेमालाई होंडुरासई

मैक्सिकन या मैक्सिकन अमेरिकी पोर्टो रिकन सल्वाडोरन स्पैनिश

राइट-इन विकल्प: _____

मध्य पूर्वी या उत्तरी अफ़्रिकी □**नीचे विवरण प्रदान करें।** अफ़ग़ान अल्जीरियाई अर्मेनियाई मिस्री ईरानी इराकी इज़राइली कुर्द लेबनानी मोरक्कन सीरियाई राइट-इन विकल्प: _____**मूल हवाईयन या प्रशांत द्वीपवासी □****नीचे विवरण प्रदान करें।** चमोरो चुकीस फिजियन गुआमियन मार्शलिस मूल हवाईयन पलाऊअन समोअन ताहिती टोंगन राइट-इन विकल्प: _____**सफेद □****नीचे विवरण प्रदान करें।** डच अंग्रेजी फ्रेंच जर्मन आयरिश इतालवी नॉर्वेजियन पोलिश पुर्तगाली रूसी स्कॉटिश राइट-इन विकल्प: _____**3. लिंग पहचान****नीचे विवरण प्रदान करें।** महिला पुरुष महिला से पुरुष/ट्रांसजेंडर पुरुष/ट्रांस पुरुष पुरुष से महिला/ट्रांसजेंडर महिला/ट्रांस वुमन जेंडरक्लीर (न तो पूरी तरह से पुरुष और न ही पूरी तरह से महिला) पता नहीं/बताना नहीं चाहेंगे राइट-इन विकल्प: _____

जानकारी व्यवहार अधिनियम 1977 की जानकारी

जानकारी व्यवहार अधिनियम 1977 (California नागरिक संहिता अनुभाग 1798.17) के तहत निम्नलिखित जानकारी देना अनिवार्य है:

- स्वास्थ्य एवं सुरक्षा संहिता अनुभाग 127436 स्वास्थ्य देखभाल पहुंच एवं जानकारी विभाग (HCAI) को अस्पताल की छूट भुगतान और/या धर्मार्थ देखभाल नीतियों से संबंधित अस्पताल बिलिंग शिकायतों की जांच करने का अधिकार देती है।
- HCAI का अस्पताल का उचित बिलिंग प्रोग्राम आपकी अस्पताल बिलिंग संबंधी शिकायत की जांच करने के लिए आपकी व्यक्तिगत जानकारी का इस्तेमाल करता है।
- आप यह जानकारी स्वेच्छा से HCAI को प्रदान कर सकते हैं, हालांकि यह अनिवार्य नहीं है। हालांकि, अगर आप अनुरोधित जानकारी प्रदान नहीं करते हैं, तो HCAI आपकी शिकायत की जांच करने में सक्षम नहीं हो सकता है।
- HCAI आपकी शिकायत की जांच करने के लिए, आवश्यकतानुसार, अस्पताल और अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के साथ आपकी व्यक्तिगत जानकारी शेयर कर सकता है।
- कानून द्वारा आवश्यक या अनुमत होने पर HCAI आपकी जानकारी अन्य सरकारी एजेंसियों के साथ भी शेयर कर सकता है।
- आपको अपनी व्यक्तिगत जानकारी देखने का अधिकार है। अगर आपको HCAI द्वारा रखी गई व्यक्तिगत पहचान योग्य जानकारी की गोपनीयता के बारे में और अधिक जानकारी चाहिए या कोई प्रश्न हैं, तो कृपया गोपनीयता अधिकारी से संपर्क करें:

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/

आवेदन दाखिल करने से पहले

अगर आप चाहते हैं कि HCAI इस बात की जांच करे कि क्या अस्पताल द्वारा आपके चिकित्सा बिलों के भुगतान में सहायता देने से आपको गलत तरीके से इनकार किया गया था, तो आपको उस अस्पताल में वित्तीय सहायता के लिए पहले ही आवेदन करना होगा जहाँ आपने सेवाएँ प्राप्त की थीं। अगर आपने अभी तक अस्पताल में आवेदन नहीं किया है, तो आवेदन करने के तरीके के बारे में अधिक जानकारी के लिए आपको अस्पताल से संपर्क करना चाहिए। अगर आपको सहायता की आवश्यकता हो, तो आप हेल्थ कंज्यूमर एलायंस (स्वास्थ्य उपभोक्ता गठबंधन) को (888) 804-3536 पर कॉल कर सकते हैं, या अधिक जानकारी के लिए healthconsumer.org पर जा सकते हैं।

आवेदन कैसे करें

1. HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov पर ऑनलाइन शिकायत दर्ज करें (यह शिकायत दर्ज करने का सबसे तेज़ तरीका है)।
ऑनलाइन दिए गए निर्देशों का पालन करें और शिकायत फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।
 2. अगर आप किसी अधिकृत प्रतिनिधि का इस्तेमाल कर रहे हैं, तो 'अधिकृत प्रतिनिधिफॉर्म' भरें।
 3. अपने हालिया टैक्स रिटर्न या हालिया वेतन पर्ची की एक कॉपी संलग्न करें।
 4. आप अपने अनुरोध के समर्थन में अन्य दस्तावेज़ भी शामिल कर सकते हैं, जैसे कि निम्नलिखित में से कोई भी:
 - अस्पताल से लिखित अनुमान।
 - बिल की गई सेवाओं के लिए किए गए भुगतान को दर्शाने वाले कोई भी दस्तावेज।
 - आपके स्वास्थ्य बीमा प्लैन या सरकारी बीमा प्रोग्राम के साथ बिल की गई सेवाओं के संबंध में कोई भी संचार।
 - इस बात का सबूत कि चिकित्सा संबंधी ऋण वसूली एजेंसियों को बेच दिया गया है या वसूली एजेंसियों को भेजे जाने का खतरा है।
 - अगर आपके क्रेडिट स्कोर पर असर पड़ा है, तो आपकी क्रेडिट रिपोर्ट की एक कॉपी।
- कृपया ध्यान दें, केवल वही दस्तावेज़ स्वीकार किए जाएँगे जो आपकी शिकायत में उल्लिखित सेवा की तारीखों से संबंधित हों।
5. अगर आप ऑनलाइन सबमिट नहीं कर रहे हैं, तो कृपया अपना शिकायत फॉर्म और सभी सहायक दस्तावेज़ निम्नलिखित पते पर डाक द्वारा भेजें:

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

परिवार सदस्य संबंधी अतिरिक्त परिशि

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

अगर आप परिवार के अतिरिक्त सदस्यों को सूचीबद्ध कर रहे हैं तो कृपया इस पृष्ठ को पूरा करें। अगर अधिक स्थान की आवश्यकता हो, तो कृपया अपनी शिकायत केसाथ सबमिट करने केलिए इस पृष्ठ की अतिरिक्त कॉपियाँ बना लें।

पारिवारिक जानकारी

18 वर्ष और उससे अधिक आयु के मरीज़ों केलिए, परिवार में निम्नलिखित शामिल हैं: पति/पत्नी, घरेलू साथी और 21 वर्ष से कम आयु के आश्रित बच्चे, या अगर विकलांग हैं तो किसी भी आयु के बच्चे, चाहे वे घर पर रहते हों या नहीं। 18 वर्ष से कम आयु के मरीज़ों केलिए, या 18 से 20 वर्ष की आयु के आश्रित बच्चे केलिए, परिवार में निम्नलिखित शामिल हैं: माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार, और माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदारों के 21 वर्ष से कम आयु के अन्य आश्रित बच्चे, या अगर विकलांग हैं तो किसी भी आयु के बच्चे।

नंबर	पूरा नाम	आयु	मरीज़ से संबंध:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म

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

- अगर आप किसी अन्य व्यक्ति को अपनी ओर से प्रतिनिधित्व करने या आपकी शिकायत में सहायता करने की अनुमति देना चाहते हैं, तो नीचे दिए गए भाग A और B को पूरा करें।
- अगर आप 18 वर्ष से कम आयु के बच्चे के लिए यह शिकायत प्रस्तुत करने वाले माता-पिता या कानूनी अभिभावक हैं, तो आपको यह फॉर्म भरने की आवश्यकता नहीं है।
- अगर आप किसी मरीज़ की ओर से यह शिकायत दर्ज कर रहे हैं और आपको कानून द्वारा मरीज़ की ओर से कार्य करने के लिए नामित किया गया है, तो कृपया केवल भाग B भरें। आपको उस दस्तावेज़ की एक कॉपी संलग्न करनी होगी जो आपको मरीज़ के अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने का कानूनी अधिकार प्रदान करती है।

भाग A: मरीज़ द्वारा पूरा किया गया

मैं भाग B में नीचे नामित व्यक्ति को स्वास्थ्य देखभाल पहुंच और जानकारी विभाग (HCAI) के समक्ष दायर मेरी शिकायत में मेरी ओर से कार्य करने की अनुमति देता हूँ। मैं HCAI के कर्मचारियों को अपनी वित्तीय जानकारी और मेरी चिकित्सा स्थिति(यों) तथा संबंधित देखभाल के बारे में जानकारी नीचे दिए गए व्यक्ति के साथ शेयर करने की अनुमति देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ और स्वीकार करता/करती हूँ कि इन रिकॉर्डों में वित्तीय जानकारी, बिलिंग, चिकित्सा संबंधी जानकारी, मानसिक स्वास्थ्य संबंधी जानकारी, मादक द्रव्यों के सेवन संबंधी जानकारी, एचआईवी संबंधी जानकारी, नैदानिक इमेजिंग रिपोर्ट और शिकायत से संबंधित अन्य रिकॉर्ड शामिल हो सकते हैं।

इस प्रस्तुति के लिए मेरी स्वीकृति स्वैच्छिक है, और मुझे इसे रोकने का अधिकार है। अगर मुझे इसे रोकना चाहते हैं, तो मुझे इसे लिखित रूप में ही करना होगा।

1. मरीज़ के हस्ताक्षर

2. मरीज़ का नाम लिखें

3. तारीख: _____

भाग B: मरीज़ की सहायता करने वाले व्यक्ति द्वारा भरा गया

4. मरीज़ का नाम: _____

5. अधिकृत प्रतिनिधि का नाम: _____

6. मरीज़ से संबंध: _____

7. डाक पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड (5 अंकों का), देश का नाम

8. फ़ोन नंबर

9. ईमेल पता

10. अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

11. तारीख

12. मरीज़ के अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के लिए मेरे कानूनी अधिकार का दस्तावेज़ संलग्न है। (अगर लागू हो तो चिह्नित करें)।