

ແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນໃບບິນຄ່າໂຮງໝໍ

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ ທ່ານສາມາດຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານອອນລາຍໄດ້ທີ່: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອຟຣີກັບການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ,ທ່ານອາດຈະຕິດຕໍ່ພົວພັນທະມິດຜູ້ບໍລິໂພກດ້ານສຸຂະພາບໂດຍການເຂົ້າເບິ່ງ healthconsumer.org ຫຼື ໂດຍການໂທຫາ (888) 804-3536.
- ✓ ເພື່ອໃຫ້ HCAI
ສືບສວນວ່າທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິເສດຢ່າງຜິດພາດໂດຍທາງໂຮງໝໍສໍາລັບການຊ່ວຍຈ່າຍໃບບິນຄ່າທາງການແພດຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສະໜັກຂໍເອົາການຈ່າຍຄ່າສ່ວນຫຼຸດ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງແຍງການກຸສົນກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກໆຄັ້ງ.
- ✓ ຖ້າທ່ານກໍາລັງສົ່ງເອກະສານຂອງທ່ານທາງໄປສະນີ, ກະລຸນາໃສ່ສໍາເນົາເອກະສານເທົ່ານັ້ນ. ຢ່າສົ່ງຕົ້ນສະບັບ, ພວກມັນຈະບໍ່ຖືກສົ່ງຄືນ.

ພາກທີ 1: ຂໍ້ມູນຜູ້ປ່ວຍ

1. ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ _____
2. ຊື່ທີ່ຕ້ອງການ (ທາງເລືອກ) _____
3. ເພດ: ເພດຍິງ ເພດຊາຍ ບໍ່ຮູ້ຈັກ ບໍ່ຢາກບອກ
4. ວັນເດືອນປີເກີດ: _____
5. ຜູ້ປ່ວຍເສຍຊີວິດບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
6. ຜູ້ປ່ວຍເປັນເດັກນ້ອຍບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
7. ສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ເປັນເດັກນ້ອຍ, ກະລຸນາພິມຊື່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງພວກເຂົາ: _____
8. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (5 ຕົວເລກ), ຊື່ປະເທດ _____

9. ເບີໂທລະສັບຫຼັກ _____
10. ເບີໂທລະສັບສໍາຮອງ _____
11. ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____
12. ມີໃຜນອກເໜືອໄປຈາກພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ ທີ່ກໍາລັງຊ່ວຍທ່ານຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກຂອງທ່ານບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
ຖ້າມີ, ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.

ພາກທີ 2: ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

ສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ, ໃຫ້ລະບຸຊື່ເຕັມ, ອາຍຸ ແລະ ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ໄປນີ້: ຜົວຫລີເມຍ, ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນປະເທດ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ເພິ່ງພາອາໄສອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ (ບໍ່ວ່າຈະຢູ່ເຮືອນຫຼືບໍ່).

ສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ໃຫ້ລະບຸຊື່ເຕັມ, ອາຍຸ ແລະ ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ໄປນີ້: ພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ເບິ່ງແຍງ ແລະ ເດັກນ້ອຍອື່ນໆທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ເບິ່ງແຍງ. (ຖ້າລາຍຊື່ສະມາຊິກຄອບຄົວຫຼາຍກວ່າຫົກຄົນ, ໃຫ້ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍໃນໜ້າ 10.)

ໝາຍເລກ	ຊື່ເຕັມ	ອາຍຸ	ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ປ່ວຍ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ພາກທີ 3: ຂໍ້ມູນໂຮງໝໍ

13. ຊື່ໂຮງໝໍ: _____

14. ທີ່ຢູ່, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (5 ຕົວເລກ)

15. ວັນທີມາຮອດ: _____ 16. ວັນທີອອກ: _____

17. ທ່ານໄດ້ຮັບການຄາດຄະເນເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກໂຮງໝໍບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່
ຖ້າແມ່ນ, ຄັດຕິດເອກະສານປະກອບ, ຖ້າມີ.

18. ວັນທີຂອງການບໍລິການທີ່ໂຮງໝໍໄດ້ຮຽກເກັບ: _____
ຖ້າມີຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງໃບ ຫຼື ຫຼາຍມື້ຂອງການບໍລິການ, ກະລຸນາສົ່ງຄໍາຮ້ອງຮຽນແຍກຕ່າງຫາກ.

19. ທ່ານໄດ້ຈ່າຍຄ່າບໍລິການຈໍານວນໜຶ່ງສໍາລັບບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ເປັນບັນຫາບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ຮູ້ຈັກ
ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ເອກະສານສະໜັບສະໜູນ ແລະ ວັນທີຂອງການຈ່າຍເງິນຄັ້ງສຸດທ້າຍ, ຖ້າມີ: _____

ພາກທີ 4: ຂໍ້ມູນແຜນສຸຂະພາບ

20. ການບໍລິການຂອງໂຮງໝໍແມ່ນກ່ຽວຂ້ອງກັບການບາດເຈັບທີ່ເກີດຈາກບຸກຄົນທີສາມ (ເຊັ່ນ: ອຸປະຕິເຫດລົດຍົນ, ອາດຊະຍາກໍາ ຫຼື ການບາດເຈັບທີ່ເກີດຈາກການເຮັດວຽກ) ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ຮູ້ຈັກ

21. ທ່ານໄດ້ລົງທະບຽນຢູ່ໃນແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນປະກັນໄພ, ແລະ/ຫຼື ໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານ (ເຊັ່ນ: Medi-Cal, Medicare, ປະກັນໄພເສີມ Medicare, ແລະອື່ນໆ) ສໍາລັບວັນທີຂອງການບໍລິການໃດໜຶ່ງທີ່ເປັນບັນຫາບໍ່?
 ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ຮູ້ຈັກ

ຖ້າແມ່ນ, ສໍາລັບແຕ່ລະປະເພດຂອງການຄຸ້ມຄອງ, ກະລຸນາບອກຊື່ຂອງແຜນ, ວັນທີຂອງການຄຸ້ມຄອງ, ໝາຍເລກປະຈໍາຕົວຂອງສະມາຊິກ, ແລະ ໝາຍເອົາຫ້ອງສໍາລັບປະເພດຂອງການຄຸ້ມຄອງຂ້າງລຸ່ມນີ້, ຖ້າມີ.

ການຄຸ້ມຄອງຫຼັກ _____ ວັນທີຂອງການຄຸ້ມຄອງ _____ ໝາຍເລກສະມາຊິກ _____
 ການຄ້າ/ນາຍຈ້າງ Medi-Cal Medicare ປະກັນໄພເສີມ Medicare

ການຄຸ້ມຄອງສໍາຮອງ _____ ວັນທີຂອງການຄຸ້ມຄອງ _____ ໝາຍເລກສະມາຊິກ _____
 ການຄ້າ/ນາຍຈ້າງ Medi-Cal Medicare ປະກັນໄພເສີມ Medicare

ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ _____ ວັນທີຂອງການຄຸ້ມຄອງ _____ ໝາຍເລກສະມາຊິກ _____
 ການຄ້າ/ນາຍຈ້າງ Medi-Cal Medicare ປະກັນໄພເສີມ Medicare

ການຄຸ້ມຄອງອື່ນໆ _____ ວັນທີຂອງການຄຸ້ມຄອງ _____ ໝາຍເລກສະມາຊິກ _____
 ການຄ້າ/ນາຍຈ້າງ Medi-Cal Medicare ປະກັນໄພເສີມ Medicare

22. ແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນປະກັນໄພ, ແລະ/ຫຼື

ໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານໄດ້ດໍາເນີນການການຮຽກຮ້ອງໃດໆຂອງການບໍລິການທີ່ໂຮງໝໍໄດ້ຮຽກເກັບບໍ?

ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ບໍ່ຮູ້ຈັກ

23. ຖ້າແມ່ນ, ຜູ້ປ່ວຍໄດ້ຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ອຸທອນກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນປະກັນໄພ ຫຼື

ໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານກ່ຽວກັບການປະຕິເສດບໍ? ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ ບໍ່ຮູ້ຈັກ

ຖ້າແມ່ນ, ໃຫ້ໃສ່ສໍາເນົາຂອງຈົດໝາຍການຕັດສິນໃຈຈາກແຜນປະກັນສຸຂະພາບ, ແຜນປະກັນໄພ ຫຼື

ໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານ ແລະ ວັນທີການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ການອຸທອນໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ, ຖ້າມີ.

24. ວັນທີການຮ້ອງຮຽນ ຫຼື ການອຸທອນໄດ້ຖືກແກ້ໄຂ, ຖ້າມີ ແລະ ສາມາດໃຊ້ໄດ້: _____

ພາກທີ 5: ຂໍ້ມູນການເກັບໜີ້

25. ໂຮງໝໍໄດ້ຂາຍໜີ້ຄ່າປິ່ນປົວນີ້ໃຫ້ກັບການເກັບເງິນ ຫຼື ທ່ານມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການຖືກສົ່ງໄປເກັບເງິນບໍ?

ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ຮູ້ຈັກ

26. ຖ້າແມ່ນ, ມີການລາຍງານໜີ້ໄປຫາບໍລິສັດຂໍ້ມູນເສດຖະກິດ ຫຼື ມີຜົນກະທົບຕໍ່ລາຍງານເສດຖະກິດ/ອະແນນຂອງທ່ານບໍ?

ແມ່ນ ບໍ່ ບໍ່ຮູ້ຈັກ ບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງ

ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາໃຫ້ສໍາເນົາບົດລາຍງານເສດຖະກິດຂອງທ່ານ.

27. ຊື່ຜູ້ເກັບໜີ້: _____

28. ວັນທີ່ຂາຍໜີ້ໃຫ້ຄັງເກັບ: _____

29. ເລກບັນຊີ ຖ້າມີ ແລະ ສາມາດໃຊ້ໄດ້: _____

ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຂ້ອຍສະໜອງໃຫ້ໃນການຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນນີ້ແມ່ນຄວາມຈິງ ແລະ ຖືກຕ້ອງຕາມຄວາມຮູ້ຂອງຂ້ອຍ.

ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ (ພິມ)

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປ່ວຍ ຫຼື ຕົວແທນທາງກົດໝາຍ

ກະລຸນາຮັບຊາບ: ຖ້າຜູ້ປ່ວຍບໍ່ສາມາດຕັດສິນໃຈທາງການແພດແລະ/ຫຼືທາງດ້ານການເງິນໄດ້, ຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າຊ່ວຍໃນການຮ້ອງທຸກຫຼືສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ເສຍຊີວິດ, ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດທີ່ຕິດຄັດມາ. ຫາກບໍ່ມີລາຍເຊັນທີ່ຖືກຕ້ອງຈາກຜູ້ປ່ວຍ, ຜູ້ຕາງໜ້າທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຕ້ອງສະໜອງເອກະສານຂອງເຈົ້າໜ້າທີ່ທາງດ້ານກົດໝາຍເພື່ອເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຜູ້ປ່ວຍ (ເຊັ່ນ: ທະນາຍຄວາມ, ເອກະສານການອະນຸລັກ, ຈົດໝາຍແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ບໍລິຫານ ແລະ ອື່ນໆ).

ພາກທີ 6: ການເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນ

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

ຂ້ອຍ, [ພົມຊື່ຜູ້ປ່ວຍ] _____ ໃຫ້ການອະນຸຍາດຂອງຂ້ອຍສໍາລັບ [ພົມຊື່ໂຮງໝໍ] _____ ແບ່ງບັນບັນທຶກສຸຂະພາບຄົບຖ້ວນຂອງຂ້ອຍລວມທັງ, ແຕ່ບໍ່ຈໍາກັດເຖິງຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນ, ໃບບິນ, ການແພດ, ສຸຂະພາບຈິດ, ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງການໃຊ້ສານເສບຕິດ, HIV, ບົດລາຍງານການວິນິດໄສຮູບພາບ ແລະ ບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຄໍາຮ້ອງຮຽນທີ່ຂ້ອຍໄດ້ຍິນ ຫຼື ຍິນໃນນາມຂອງຂ້ອຍຕໍ່ກັບພະແນກການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຂອງລັດຄາລິຟໍເນຍ (HCAI), ໂຄງການການຮ້ອງທຸກຂອງໂຮງໝໍ (HBCP), ສໍາລັບຈຸດປະສົງໃນການກໍານົດວ່າໂຮງໝໍທີ່ມີຊື່ນັ້ນປະຕິບັດຕາມກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການເອີ້ນເກັບເງິນທີ່ຖືກ ຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງໂຮງໝໍ ແລະ ລະບຽບການທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າບັນທຶກຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງການໃຊ້ສານເສບຕິດຂອງຂ້ອຍ (ຖ້າມີ) ແມ່ນໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງພາຍໃຕ້ກົດລະບຽບຂອງລັດຖະບານກາງທີ່ຄວບຄຸມການຮັກສາຄວາມລັບ ແລະ ປະຫວັດຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີຄວາມຜິດປົກກະຕິໃນການໃຊ້ສານເສບຕິດ 42 C.F.R., ພາກທີ 2 ແລະ ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະກັນໄພສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງ 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. pts 160 & 164 ແລະ ບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍໄດ້ໂດຍບໍ່ມີການຍິນຍອມເຫັນດີເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງຂ້ອຍເວັ້ນເສຍແຕ່ກໍານົດໄວ້ ບັນຍາຍອື່ນຕາມຂໍ້ບັງຄັບ.

ການອະນຸຍາດໃຫ້ແບ່ງບັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍແມ່ນໃຊ້ໄດ້ຈົນກວ່າການຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້ອຍຢູ່ HCAI ໄດ້ຮັບການແກ້ໄຂ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍໄດ້ຮັບອະນຸຍາດໃຫ້ຖອນການອະນຸຍາດນີ້ເພື່ອແບ່ງບັນຂໍ້ມູນສຸຂະພາບໄດ້ທຸກເວລາ ແລະ ຂ້ອຍອາດຈະຂຽນເປັນລາຍລັກອັກສອນທາງໄປສະນີຫາ:

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

ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າຈະຖືກຖອນຄືນ, ການອະນຸຍາດນີ້ຈະໝົດອາຍຸ 12 ເດືອນຫຼັງຈາກວັນທີຂອງຂ້ອຍໄດ້ລົງນາມໃນແບບຟອມນີ້ ຫຼື ເມື່ອການຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້ອຍຖືກປິດ, ຂຶ້ນຢູ່ກັບວ່າກໍລະນີໃດເກີດຂຶ້ນກ່ອນ. ການຍົກເລີກຈະມີຜົນເມື່ອ HBCP ໄດ້ຮັບການຮ້ອງຂໍຂອງຂ້ອຍເປັນລາຍລັກອັກສອນ, ຍົກເວັ້ນໃນຂອບເຂດທີ່ HBCP ຫຼື ຜູ້ອື່ນໄດ້ອົງໃສ່ການຍິນຍອມຂອງຂ້ອຍກ່ອນການເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນທາງການແພດ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າການອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບນີ້ແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ ແຕ່ HBCP ບໍ່ສາມາດປະມວນຜົນການຮ້ອງຮຽນຂອງຂ້ອຍກ່ຽວກັບການເອີ້ນເກັບເງິນໃນໂຮງໝໍໄດ້ໂດຍບໍ່ໄດ້ລົງນາມໃນການປະຊາສໍາພັນສະບັບນີ້.

ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າກົດໝາຍກຳນົດໄວ້, ກົດໝາຍຄາລິຟໍເນຍຫ້າມ HCAI ບໍ່ໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍຕໍ່ມືອກ ເວັ້ນເສຍແຕ່ວ່າ HCAI ໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດອື່ນ. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈດີວ່າຖ້າຂ້ອຍໄດ້ອະນຸຍາດໃຫ້ເປີດເຜີຍຂໍ້ມູນສຸຂະພາບຂອງຂ້ອຍໃຫ້ກັບຄົນທີ່ບໍ່ຈຳເປັນທາງກົດໝາຍເພື່ອຮັກສາມັນເປັນຄວາມລັບ, ມັນອາດຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການປົກປ້ອງຈາກກົດໝາຍຄວາມລັບຂອງລັດ ຫຼື ລັດຖະບານກາງອີກຕໍ່ໄປ.

ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈວ່າຂ້ອຍມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບສໍາເນົາການອະນຸຍາດນີ້.

ລາຍເຊັນຜູ້ປ່ວຍ: _____ ວັນທີ: _____

ພິມຊື່ຂອງທ່ານ: _____

ຖ້າແບບຟອມນີ້ຖືກເຮັດສໍາເລັດໂດຍບຸກຄົນທີ່ມີສິດອໍານາດທາງກົດໝາຍເພື່ອດໍາເນີນການໃນນາມຂອງບຸກຄົນ, ເຊັ່ນ: ພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍຂອງເດັກນ້ອຍ ຫຼື ຕົວແທນການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນຕໍ່ໄປນີ້:

ຊື່ຂອງຜູ້ປະກອບແບບຟອມນີ້: _____

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ປະກອບແບບຟອມນີ້: _____

ວັນທີ: _____

ອະທິບາຍຂ້າງລຸ່ມນີ້ວ່າບຸກຄົນນີ້ມີສິດອໍານາດທາງກົດໝາຍແນວໃດໃນການເຊັນແບບຟອມນີ້:

ຂໍ້ມູນປະຊາກອນ

ຄໍາຖາມດ້ານປະຊາກອນຕໍ່ໄປນີ້ຈະຖືກໃຊ້ເພື່ອຈຸດປະສົງການລາຍງານ ແລະ ການວິເຄາະເທົ່ານັ້ນ. ຂໍ້ມູນນີ້ແມ່ນທາງເລືອກ. ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການໃຫ້ຂໍ້ມູນນີ້, ມັນຈະບໍ່ມີຜົນຕໍ່ຜົນຂອງການຮ້ອງຮຽນຂອງເຈົ້າໃນທາງໃດກໍ່ຕາມ.

1. ພາສາ

ພາສາທີ່ຕ້ອງການເວົ້າ: _____

ທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ພວກເຮົາສື່ສານກັບທ່ານໃນພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່

2. ເຊື້ອຊາດ ແລະ/ຫຼື ຊົນເຜົ່າ

ເຊື້ອຊາດ ແລະ/ຫຼື ຊົນເຜົ່າຂອງທ່ານແມ່ນຫຍັງ?

ເລືອກທຸກໜວດໝູ່ ແລະ ໜວດຍ່ອຍທີ່ນໍາໃຊ້ ແລະ ໃສ່ລາຍລະອຽດເພີ່ມເຕີມໃນຊ່ອງຫວ່າງຂ້າງລຸ່ມ. ໝາຍເຫດ, ທ່ານອາດຈະລາຍງານຫຼາຍກວ່າໜຶ່ງກຸ່ມ.

ອາເມລິກາອິນເດຍ ຫຼື ຄົນອາລາສກາ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ຊາດນາວາໂຈ ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ອາຊຽນ ຫຼື ອາຊຽນອາເມຣິກາ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ອາຊີອິນເດຍ ກໍາປູເຈຍ ຈີນ ຝີລິບປິນ ມື້ງ ຍີ່ປຸ່ນ ເກົາຫຼີ

ລາວ ບາກິສະຖານ ຫວຽດນາມ ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ຄົນຜິວສີ ຫຼື ອາເມຣິກາອາຟຣິກາ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ອາຟຣິກາອາເມຣິກາ ບາບາດຽນ ເອທິໂອເປຍ ການາ ເຮຕີ ຈາໄມກາ ເຄນຍາ

ໄນຈີເຣຍ ໂຊມາລີ ອາຟຣິກາໃຕ້ ຊູດານ ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ຮິສປານິກ ຫຼື ລາຕິນ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ໂຄລໍາເບຍ ຄົວບາ ໂດມິນິກັນ ເອກົວດໍ ກົວເຕມາລາ ຮັອດດູຣັດ ເມັກຊິໂກ ຫຼື ອາເມຣິກາເມັກຊິໂກ

ເປີໂຕຣິກາ ເອວຊວາດໍ ສະເປນ

ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ຕາເວັນອອກກາງ ຫຼື ອາຟຣິກາເໜືອ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ອັຟການິສະຖານ ອັລຈີເຣຍ ອາມາເນຍ ອີຍິບ ອີຣານ ອີຣັກ ອິດສະລາເອວ ເຄີກ

ເລບານອນ ໂມຣັອກໂກ ຊີເຣຍ ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ ຫຼື ຊາວເກາະປາຊີຟິກ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ຄາມໍໄຮ ຊູເຄເຊ ຟີຈີ ກົວມາເນຍ ມາແຊລ ຊາວຮາວາຍພື້ນເມືອງ ປາເລົາ ຊາມົວ

ຕາຣິຕີ ຕອງກາ ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ຄົນຜິວຂາວ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ດັດຈ໌ ອັງກິດ ຝຣັ່ງ ເຢຍລະມັນ ໄອຣິສ ອິຕາລີ ນໍເວ ໂປແລນ

ບໍ່ຕຸກຄ ຣັດເຊຍ ສະກັອດແລນ ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

3. ສ່ວນຕົວຕົນທາງເພດ

ໃຫ້ລາຍລະອຽດດ້ານລຸ່ມ.

ເພດຍິງ ເພດຊາຍ ຍິງເປັນຊາຍ/ຊາຍປ່ຽນເພດ/ຊາຍຂ້າມເພດ

ຊາຍເປັນຍິງ/ຍິງປ່ຽນເພດ/ຍິງຂ້າມເພດ

ເພດທາງເລືອກ (ບໍ່ເພດທັງເພດຍິງ ຫຼື ຊາຍ)

ບໍ່ຮູ້/ບໍ່ຢາກບອກ

ຕົວເລືອກການຂຽນໃນ: _____

ແຈ້ງການກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງປີ 1977

ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປະຕິບັດຂໍ້ມູນຂ່າວສານຂອງປີ 1977 (ປະມວນກົດໝາຍແຜ່ງຂອງຄາລິຟໍເນຍປີ 1798.17) ຮຽກຮ້ອງໃຫ້ມີແຈ້ງການຕໍ່ໄປນີ້:

- ປະມວນກົດໝາຍດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ຄວາມປອດໄພ ມາດຕາ 127436 ມອບສິດອໍານາດໃຫ້ພະແນກການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ (HCAI) ໃນການກວດສອບການຮ້ອງຮຽນການຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຈ່າຍເງິນສ່ວນຫຼຸດຂອງໂຮງໝໍ ແລະ/ຫຼື ນະໂຍບາຍການເບິ່ງແຍງການກຸສົນ.
- ໂຄງການການເອີ້ນເກັບເງິນ Hospital Fair ຂອງ HCAI ໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານເພື່ອສືບສວນການຮ້ອງຮຽນການຮຽກເກັບເງິນຂອງໂຮງໝໍຂອງທ່ານ.
- ທ່ານອາດຈະສະໜອງຂໍ້ມູນນີ້ໃຫ້ HCAI ດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ, ເຖິງແມ່ນວ່າມັນບໍ່ຈໍາເປັນກໍຕາມ. ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ຖ້າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍ, HCAI ອາດຈະບໍ່ສາມາດສືບສວນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານໄດ້.
- HCAI ອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ, ຕາມຄວາມຈໍາເປັນ, ກັບໂຮງໝໍ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການເພື່ອສືບສວນການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ.
- HCAI ອາດຈະແບ່ງປັນຂໍ້ມູນຂອງທ່ານກັບອົງການລັດຖະບານອື່ນໆຕາມທີ່ກຳນົດໄວ້ ຫຼື ອະນຸຍາດຕາມກົດໝາຍ.
- ທ່ານມີສິດທີ່ຈະເຫັນຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງທ່ານ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ ຫຼື ມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງຂໍ້ມູນທີ່ສາມາດລະບຸຕົວຕົນໄດ້ທີ່ຮັກສາໄວ້ໂດຍ HCAI, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ເຈົ້າໜ້າທີ່ຄວາມເປັນສ່ວນຕົວທີ່:

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/

ກ່ອນທີ່ທ່ານຈະຍິ້ນ

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ HCAI

ສືບສວນວ່າທ່ານໄດ້ຖືກປະຕິເສດຢ່າງຜິດພາດໂດຍໂຮງໝໍສໍາລັບການຊ່ວຍຈ່າຍໃບບິນຄ່າປິ່ນປົວຂອງທ່ານ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ຍິ້ນຄໍາຮ້ອງຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການເງິນຢູ່ໂຮງໝໍທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການ.

ຖ້າທ່ານຍັງບໍ່ໄດ້ສະໝັກກັບໂຮງໝໍ, ທ່ານຄວນຕິດຕໍ່ກັບໂຮງໝໍສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບວິທີການສະໝັກ.

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ທ່ານອາດຈະໂທຫາ Health Consumer Alliance ທີ່ 888-804-3536 ຫຼື ເຂົ້າໄປທີ່ healthconsumer.org ສໍາລັບຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ.

ວິທີການຍິ້ນ

1. ຍິ້ນອອນລາຍທີ່ HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (ນີ້ແມ່ນວິທີການທີ່ໄວທີ່ສຸດທີ່ຈະຍິ້ນ). ປະຕິບັດຕາມຄໍາແນະນໍາອອນລາຍ ແລະ ເຊັນໃນແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນ.
2. ຖ້າທ່ານກໍາລັງໃຊ້ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ, ໃຫ້ຕົ້ມຂໍ້ມູນໃສ່ 'ແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.'
3. ອັດຕິດສໍາເນົາ W-2 ຫຼ້າສຸດ ຫຼື ໃບແຈ້ງເງິນເດືອນຫົກເດືອນຂອງທ່ານ.

4. ທ່ານອາດຈະລວມເອົາເອກະສານອື່ນໆທີ່ຮອງຮັບການຮ້ອງຂໍຂອງທ່ານເຊັ່ນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ການປະເມີນເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກໂຮງໝໍ.
- ເອກະສານໃດໆກໍຕາມທີ່ສະແດງການຈ່າຍເງິນຕໍ່ການບໍລິການທີ່ຮຽກເກັບ.
- ການສື່ສານໃດໆກັບແຜນປະກັນສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໂຄງການປະກັນໄພຂອງລັດຖະບານກ່ຽວກັບການບໍລິການທີ່ຮຽກເກັບ.
- ຫຼັກຖານສະແດງໜີ້ສິນທາງການແພດທີ່ໄດ້ຖືກຂາຍໃຫ້ກັບການເກັບກຳ ຫຼື ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການຖືກສົ່ງໄປຫາການເກັບເງິນ.
- ສຳນືກບົດລາຍງານເຄຣດິດຂອງທ່ານຖ້າຄະແນນເຄຣດິດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບຜົນກະທົບ.

ກະດູນາຮັບຊາບ,

ສະເພາະເອກະສານທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບວັນທີຂອງການບໍລິການທີ່ລະບຸໄວ້ໃນຄຳຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານເທົ່ານັ້ນທີ່ຈະຖືກພິຈາລະນາ.

5. ຖ້າທ່ານບໍ່ໄດ້ສົ່ງອອນລາຍ, ກະດູນາສົ່ງແບບຟອມການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ ແລະ ເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃດໆໄປຫາ:
- Department of Health Care Access and Information
 Hospital Bill Complaint Program
 2020 West El Camino, Suite 1101
 Sacramento, CA 95833

ເອກະສານຊ້ອນທ້າຍເພີ່ມຕື່ມຂອງສະມາຊິກຄອບຄົວ

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໜ້ານີ້ຖ້າທ່ານມີສະມາຊິກຄອບຄົວເພີ່ມຕື່ມ. ຖ້າຕ້ອງການຟື້ນທີ່ເພີ່ມເຕີມ, ກະລຸນາເຮັດສໍາເນົາເພີ່ມເຕີມຂອງໜ້ານີ້ເພື່ອສົ່ງການຮ້ອງຮຽນຂອງທ່ານ.

ຂໍ້ມູນຄອບຄົວ

ສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີອາຍຸ 18 ປີຂຶ້ນໄປ, ໃຫ້ລະບຸຊື່ເຕັມ, ອາຍຸ ແລະ ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ໄປນີ້: ຜົວຫລີເມຍ, ຄູ່ຮ່ວມງານພາຍໃນປະເທດ, ເດັກນ້ອຍທີ່ເພິ່ງພາອາໄສອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີ (ບໍ່ວ່າຈະຢູ່ເຮືອນຫຼືບໍ່).

ສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ໃຫ້ລະບຸຊື່ເຕັມ, ອາຍຸ ແລະ ຄວາມສໍາພັນຕໍ່ໄປນີ້: ພໍ່ແມ່, ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ເບິ່ງແຍງ ແລະ ເດັກນ້ອຍອື່ນໆທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 21 ປີຂອງພໍ່ແມ່ ຫຼື ຍາດພີ່ນ້ອງຜູ້ເບິ່ງແຍງ.

ໝາຍເລກ	ຊື່ເຕັມ	ອາຍຸ	ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ປ່ວຍ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ແບບຟອມຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- ຖ້າທ່ານຕ້ອງການອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນອື່ນເປັນຕົວແທນໃຫ້ທ່ານ ຫຼື ຊ່ວຍທ່ານກ່ຽວກັບການຮ້ອງຮຽນ, ໃຫ້ເຮັດສ່ວນ A ແລະ B ດ້ານລຸ່ມໃຫ້ສໍາເລັດ.
- ຖ້າທ່ານເປັນພໍ່ແມ່ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍທີ່ສົ່ງຄໍາຮ້ອງຮຽນນີ້ສໍາລັບເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 18 ປີ, ທ່ານບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງຕື່ມແບບຟອມນີ້.
- ຖ້າທ່ານກໍາລັງຍື່ນຄໍາຮ້ອງຮຽນນີ້ສໍາລັບຜູ້ປ່ວຍ ແລະ ທ່ານຖືກກໍານົດໂດຍກົດໝາຍໃຫ້ດໍາເນີນການໃນນາມຂອງຜູ້ປ່ວຍ, ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ພາກ B ເທົ່ານັ້ນ. ທ່ານຕ້ອງແບບສໍາເນົາເອກະສານທີ່ໃຫ້ສິດອໍານາດທາງກົດໝາຍເພື່ອເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດຂອງຜູ້ປ່ວຍ.

ສ່ວນ A: ເຮັດສໍາເລັດໂດຍຜູ້ປ່ວຍ

ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ຢູ່ໃນພາກ B

ດໍາເນີນການແທນຂ້ອຍໃນການຮ້ອງຮຽນຂ້ອຍທີ່ຍື່ນກັບພະແນກການເຂົ້າເຖິງ ແລະ ຂໍ້ມູນດ້ານການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບ (HCAI). ຂ້ອຍອະນຸຍາດໃຫ້ພະນັກງານ HCAI ແບ່ງບັນຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນ ແລະ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບສະພາບທາງການແພດຂອງຂ້ອຍ ແລະ ການເບິ່ງແຍງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ຂ້ອຍເຂົ້າໃຈ ແລະ ຮັບຮູ້ວ່າບັນທຶກເຫຼົ່ານີ້ອາດຈະປະກອບມີຂໍ້ມູນທາງດ້ານການເງິນ, ໃບບິນ, ທາງການແພດ, ສຸຂະພາບຈິດ, ການໃຊ້ສານເສບຕິດ, HIV, ບົດລາຍງານການວິນິດໄສ ແລະ ບັນທຶກອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການຮ້ອງຮຽນ.

ການອະນຸມັດຂອງຂ້ອຍໃນການເປັນຕົວແທນນີ້ແມ່ນຄວາມສະໝັກໃຈ ແລະ ຂ້ອຍມີສິດທີ່ຈະສິ້ນສຸດມັນ.

ຖ້າຂ້ອຍຕ້ອງການໃຫ້ມັນຈົບ, ຂ້ອຍຕ້ອງເຮັດເປັນລາຍລັກອັກສອນ.

1. ລາຍເຊັນຜູ້ປ່ວຍ _____

2. ຊື່ຜູ້ປ່ວຍ _____

3. ວັນທີ: _____

ພາກ B: ເຮັດສໍາເລັດໂດຍບຸກຄົນທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ປ່ວຍ

4. ຊື່ຂອງຜູ້ປ່ວຍ: _____

5. ຊື່ຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ: _____

6. ສາຍພົວພັນຕໍ່ຜູ້ປ່ວຍ: _____

7. ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ, ເມືອງ, ລັດ, ລະຫັດໄປສະນີ (5 ຫຼັກ), ຊື່ປະເທດ _____

8. ເບີໂທລະສັບ _____

9. ທີ່ຢູ່ອີເມວ _____

10. ລາຍເຊັນຕົວແທນທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ _____

11. ວັນທີ _____

12. ເອກະສານຂອງຂ້ອຍກ່ຽວກັບສິດອໍານາດທາງດ້ານກົດໝາຍເພື່ອເຮັດໜ້າທີ່ເປັນຕົວແທນຂອງຄົນເຈັບໄດ້ຖືກຄັດຕິດມານໍາ. (ກວດເບິ່ງຖ້າກ່ຽວຂ້ອງ).