

ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ

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

- ✓ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਔਨਲਾਈਨ ਏਥੇ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ healthconsumer.org 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ, ਜਾਂ (888) 804-3536 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਅਲਾਇੰਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ✓ HCAI ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਤੁਹਾਡੇ ਵੱਲੋਂ ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਛੋਟ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।
- ✓ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਡਾਕ ਭੇਜ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। ਅਸਲੀ ਨਾ ਭੇਜੋ, ਉਹ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 1: ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਮੱਧ ਨਾਮ, ਆਖਰੀ ਨਾਮ _____
2. ਤਰਜੀਹੀ ਨਾਮ (ਵਿਕਲਪਿਕ) _____
3. ਲਿੰਗ: ਔਰਤ ਮਰਦ ਅਗਿਆਤ ਨਾ ਕਹਿਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦੇ ਹੋ
4. ਜਨਮ ਮਿਤੀ: _____
5. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
6. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
7. ਨਾਬਾਲਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਮਾਤਾ ਜਾਂ ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ: _____
8. ਡਾਕ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ (5-ਅੰਕ), ਦੇਸ਼ ਦਾ ਨਾਮ _____
9. ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____
10. ਸੈਕੰਡਰੀ ਫੋਨ ਨੰਬਰ _____
11. ਈਮੇਲ ਪਤਾ _____

12. ਕੀ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਕੋਈ ਹੋਰ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ।

ਸੈਕਸ਼ਨ 2: ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

18 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ, ਉਮਰ, ਅਤੇ ਸਬੰਧ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ (ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ)।

18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ, ਉਮਰ, ਅਤੇ ਸਬੰਧ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਰ ਬੱਚੇ। (ਜੇਕਰ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਛੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 10 'ਤੇ ਐਡੈਂਡਮ ਭਰੋ।)

ਨੰਬਰ	ਪੂਰਾ ਨਾਮ	ਉਮਰ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸਬੰਧ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ਸੈਕਸ਼ਨ 3: ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

13. ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: _____

14. ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ (5-ਅੰਕ)

15. ਪਹੁੰਚਣ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____ 16. ਡਿਸਚਾਰਜ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____

17. ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਲਿਖਤੀ ਅਨੁਮਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ।

18. ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਬਿਲ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ: _____
ਜੇ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਖਲੇ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਕਈ ਵੱਖਰੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇੱਕ ਵੱਖਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰੋ।

19. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਵਿਚਾਰ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਕੋਈ ਰਕਮ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਗਿਆਤ
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਆਖਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ, ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ

ਸੈਕਸ਼ਨ 4: ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

20. ਕੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿਸੇ ਤੀਜੀ-ਪਿਰ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੇਟਰ ਵਾਹਨ ਦੁਰਘਟਨਾ, ਜੁਰਮ, ਜਾਂ ਕੰਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸੱਟ) ਦੁਆਰਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਨ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਗਿਆਤ

21. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਵਾਲ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਮਿਤੀਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ, ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ, ਮੈਡੀ-ਕਲ, ਮੈਡੀਕੇਅਰ, ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ, ਆਦਿ) ਵਿੱਚ ਦਾਖਲ ਹੋਏ ਸੀ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਗਿਆਤ
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹਰੇਕ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਮ, ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਾਰੀਖਾਂ, ਸਦੱਸਤਾ ID ਨੰਬਰ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਕਿਸਮ ਲਈ ਚੈੱਕ ਬਾਕਸ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ।

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕਵਰੇਜ _____ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ _____ ਸਦੱਸਤਾ ID ਨੰਬਰ _____

ਵਪਾਰਕ/ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ

ਸੈਕੰਡਰੀ ਕਵਰੇਜ _____ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ _____ ਸਦੱਸਤਾ ID ਨੰਬਰ _____

ਵਪਾਰਕ/ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ

ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ _____ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ _____ ਸਦੱਸਤਾ ID ਨੰਬਰ _____

ਵਪਾਰਕ/ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ

ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ _____ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ _____ ਸਦੱਸਤਾ ID ਨੰਬਰ _____

ਵਪਾਰਕ/ਰੁਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ਮੈਡੀ-ਕਲ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ

22. ਕੀ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ, ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਬਿਲ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵੇ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਗਿਆਤ

23. ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ, ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ, ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕੋਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਗਿਆਤ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ, ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ, ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦਾ ਹੱਲ ਹੋਣ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ, ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ।

24. ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਂ ਅਪੀਲ ਦਾ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ: _____

ਸੈਕਸ਼ਨ 5: ਕਰਜ਼ਾ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

25. ਕੀ ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਇਸ ਮੈਡੀਕਲ ਕਰਜ਼ੇ ਨੂੰ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਵੇਚਿਆ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਗਰਾਹੀ ਲਈ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਦਾ ਖਤਰਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਗਿਆਤ

26. ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਿਸੇ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਬਿਊਰੋ ਨੂੰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ ਕੀ ਇਸਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਸਕੋਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਅਗਿਆਤ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ਹੈ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

27. ਕਰਜ਼ਾ ਕੁਲੈਕਟਰ ਦਾ ਨਾਮ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ: _____

28. ਮਿਤੀ ਦਾ ਕਰਜ਼ਾ ਉਗਰਾਹੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵੇਚਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ: _____

29. ਖਾਤਾ ਨੰਬਰ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ: _____

ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੈਂ ਜੋ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਹੈ ਉਹ ਮੇਰੀ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ)

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੋਟ ਕਰੋ: ਜੇਕਰ ਮਰੀਜ਼ ਮੈਡੀਕਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਵਿੱਤੀ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ, ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਮਰ ਚੁੱਕੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨੱਥੀ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰੋ। ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਵੈਧ ਹਸਤਾਖਰ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਟੀ ਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ (ਜਿਵੇਂ, ਪਾਵਰ ਆਫ਼ ਅਟਾਰਨੀ, ਕੰਜਰਵੇਟਰਸ਼ਿਪ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਕਾਰਜਕਾਰੀ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਦਾ ਪੱਤਰ, ਆਦਿ)।

ਸੈਕਸ਼ਨ 6: ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨਾ

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

ਮੈਂ, [ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ ਛਾਪੋ] _____ [ਪ੍ਰਿੰਟ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ] _____
 ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਬਿਲਿੰਗ, ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਗਾੜ, HIV, ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਇਮੇਜਿੰਗ ਸਮੇਤ, ਪਰ ਇਸ ਤੱਕ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ, ਮੇਰੇ ਪੂਰੇ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਅਤੇ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡ ਜੋ ਮੈਂ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ, ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਤਰਫੋਂ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਐਂਡ ਇਨਫਰਮੇਸ਼ਨ (HCAI), ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (HBCP), ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਨਾਮਿਤ ਹਸਪਤਾਲ ਹਸਪਤਾਲ ਫੇਅਰ ਬਿਲਿੰਗ ਐਕਟ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਸੀ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਗਾੜ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ, ਜੇ ਕੋਈ ਹਨ, ਗੁਪਤਤਾ ਅਤੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਗਾੜ ਵਾਲੇ ਰੋਗੀ ਰਿਕਾਰਡ 42 C.F.R., ਭਾਗ 2 ਅਤੇ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਪੋਰਟੇਬਿਲਟੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਐਕਟ 1996 (HIPAA), 45 C.F.R ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸੰਘੀ ਨਿਯਮਾਂ ਅਧੀਨ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹਨ। pts 160 ਅਤੇ 164, ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਨਿਯਮ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ।

ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਵੈਧ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ HCAI ਵਿਖੇ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੋ ਜਾਂਦਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਿਹਤ ਡਾਟਾ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹਾਂ:

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

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਰੱਦ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ, ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਮੇਰੇ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਬੰਦ ਹੋਣ 'ਤੇ, ਜੋ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਦੀ ਮਿਆਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ। ਰੱਦ ਕਰਨਾ ਉਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇਗਾ ਜਦੋਂ HBCP ਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮੇਰੀ ਬੇਨਤੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਇਸ ਹੱਦ ਤੱਕ ਕਿ HBCP ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਨੇ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਮੇਰੀ ਪੂਰਵ ਸਹਿਮਤੀ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ ਪਰ HBCP ਇਸ ਰੀਲੀਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਬਿਲਿੰਗ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ HCAI ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਹੋਰ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਰੋਕਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ HCAI ਨੂੰ ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਖੁਲਾਸੇ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਇਸ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣ ਦੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੁਣ ਰਾਜ ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਗੁਪਤਤਾ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____ ਤਾਰੀਖ: _____

ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਛਾਪੋ: _____

ਜੇਕਰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਟੀ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਏਜੰਟ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਭਰੋ:

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ: _____

ਤਾਰੀਖ: _____

ਹੇਠਾਂ ਵਰਣਨ ਕਰੋ ਕਿ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਕਿਵੇਂ ਹੈ:

ਜਨਸੰਖਿਆ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਨਸੰਖਿਆ ਸੰਬੰਧੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ।

1. ਭਾਸ਼ਾ

ਪਸੰਦੀਦਾ ਬੋਲੀ ਜਾਂਦੀ ਭਾਸ਼ਾ: _____

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਕਰੀਏ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ

2. ਨਸਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਐਥਨਿਸਿਟੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਨਸਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਐਥਨਿਸਿਟੀ ਕੀ ਹੈ?

ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਅਤੇ ਉਪ-ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਨੂੰ ਚੁਣੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਥਾਂਵਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਵੇਰਵੇ ਦਾਖਲ ਕਰੋ। ਨੋਟ ਕਰੋ, ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੂਹਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਅਮਰੀਕਨ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਦੇ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਨਵਾਜੋ ਰਾਸ਼ਟਰ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਏਸ਼ੀਅਨ ਜਾਂ ਏਸ਼ੀਅਨ ਅਮਰੀਕਨ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ ਕੰਬੋਡੀਅਨ ਚੀਨੀ ਫਿਲੀਪੀਨੋ/ਏ ਹਮੋਂਗ ਜਾਪਾਨੀ ਕੋਰੀਅਨ

ਲਾਓਟੀਅਨ ਪਾਕਿਸਤਾਨੀ ਵੀਅਤਨਾਮੀ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਕਾਲੇ ਜਾਂ ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਅਫਰੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਬਾਰਬਾਡੀਅਨ ਇਥੋਪੀਆਈ ਘਾਨਆਈ ਹੈਤੀਆਈ ਜਮਾਇਕਨ ਕੀਨੀਆ

ਨਾਈਜੀਰੀਅਨ ਸੋਮਾਲੀ ਦੱਖਣੀ ਅਫਰੀਕੀ ਸੂਡਾਨੀ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟੀਨਾ/ਓ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਕੋਲੰਬੀਆ ਕਿਊਬਨ ਡੋਮਿਨਿਕਨ ਇਕਵਾਡੋਰੀਅਨ ਗੁਆਟੇਮਾਲਾ ਹੋਂਡੂਰਨ

ਮੈਕਸੀਕਨ ਜਾਂ ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕਨ ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ S ਸਲਵਾਡੋਰਨ ਸਪਨੇਰਡ

ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਮੱਧ ਪੂਰਬੀ ਜਾਂ ਉੱਤਰੀ ਅਫਰੀਕੀ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

ਅਫਗਾਨ ਅਲਜੀਰੀਅਨ ਅਰਮੀਨੀਆਈ ਮਿਸਰੀ ਈਰਾਨੀ ਇਰਾਕੀ ਇਜ਼ਰਾਈਲੀ ਕੁਰਦਿਸ਼

ਲੇਬਨਾਨੀ ਮੋਰੋਕੋ ਸੀਰੀਆਈ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਨੋਟਿਵ ਹਵਾਈਅਨ ਜਾਂ ਪੈਸੀਫਿਕ ਆਈਲੈਂਡਰ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

- ਚਮੋਰੋ ਚੁਕੋਸ ਫਿਜੀਅਨ ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ ਮਾਰਸ਼ਲਜ਼ ਮੂਲ ਹਵਾਈਅਨ ਪਲਾਉਨ
- ਸਮੋਆਨ ਤਾਹਿਤੀਅਨ ਟੋਂਗਨ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਚਿੱਟਾ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

- ਡੱਚ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਫ੍ਰੈਂਚ ਜਰਮਨ ਆਇਰਿਸ਼ ਇਤਾਲਵੀ ਨੋਰਵੇਜੀ ਪੋਲਿਸ਼ ਪੁਰਤਗਾਲੀ ਰੂਸੀ
- ਸਕੋਟੀਸ਼ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

3. ਜੈਂਡਰ ਪਛਾਣ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

- ਔਰਤ ਨਰ ਔਰਤ-ਤੋਂ-ਪੁਰਸ਼/ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਮਰਦ/ਟਰਾਂਸ ਮੈਨ
- ਮਰਦ-ਤੋਂ-ਔਰਤ/ਟ੍ਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਔਰਤ/ਟ੍ਰਾਂਸ ਫੂਮੈਨ
- ਜੈਂਡਰਕੁਈਰ (ਨਾ ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਮਰਦ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਔਰਤ)
- ਪਤਾ ਨਹੀਂ / ਨਾ ਕਹਿਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰੋ
- ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: _____

ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰੋਕਟਿਸ ਐਕਟ 1977 ਨੋਟਿਸ

1977 ਦੇ ਸੂਚਨਾ ਅਭਿਆਸ ਐਕਟ (ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਸਿਵਲ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1798.17) ਲਈ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ:

- ਹੈਲਥ ਐਂਡ ਸੇਫਟੀ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 127436 ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਐਂਡ ਇਨਫਰਮੇਸ਼ਨ (HCAI) ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਡਿਸਕਾਊਂਟ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਪਾਲਿਸੀਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿਲਿੰਗ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।
- HCAI ਦਾ ਹਸਪਤਾਲ ਫੇਅਰ ਬਿਲਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਬਿਲਿੰਗ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ HCAI ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ HCAI ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਾ ਹੋਵੇ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ HCAI ਲੋੜ ਪੈਣ 'ਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- HCAI ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਜਾਂ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ HCAI ਦੁਆਰਾ ਬਣਾਏ ਗਏ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਡੇਟਾ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਅਧਿਕਾਰੀ ਨਾਲ ਇੱਥੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ:

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/

ਤੁਹਾਡੇ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ HCAI ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ ਗਲਤੀ ਨਾਲ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ ਹਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਤੱਕ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਵੇਂ ਦੇਣੀ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਕੰਜਿਊਮਰ ਅਲਾਇੰਸ ਨੂੰ 888-804-3536 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ healthconsumer.org 'ਤੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਫਾਈਲ ਕਿਵੇਂ ਕਰੀਏ

1. HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਫਾਈਲ ਕਰੋ (ਇਹ ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਤੇਜ਼ ਤਰੀਕਾ ਹੈ)।
 ਔਨਲਾਈਨ ਹਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ।
2. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ 'ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫਾਰਮ' ਨੂੰ ਭਰੋ।
3. ਆਪਣੇ ਹਾਲੀਆ W-2 ਜਾਂ ਛੇ ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇ ਪੇਸਟਬ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।

4. ਤੁਸੀਂ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜੇ ਤੁਹਾਡੀ ਬੇਨਤੀ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ:
- ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਲਿਖਤੀ ਅਨੁਮਾਨ।
 - ਬਿਲਡ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੀਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼।
 - ਬਿਲਡ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵੀ ਸੰਚਾਰ।
 - ਸਬੂਤ ਮੈਡੀਕਲ ਕਰਜ਼ਾ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਨੂੰ ਵੇਚਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜਾਂ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਦਾ ਜੋਖਮ ਹੈ।
 - ਤੁਹਾਡੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਸਕੋਰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਇਆ ਸੀ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ, ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ(ਆ) ਨਾਲ ਸਬੰਧਤ ਸਿਰਫ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਹੀ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

5. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਔਨਲਾਈਨ ਜਮ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣਾ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਕੋਈ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਸ 'ਤੇ ਭੇਜੋ:

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

ਵਾਧੂ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਐਡੀਟਮ

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

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਹੋਰ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਹਨ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪੰਨੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਜੇਕਰ ਵਧੇਰੇ ਥਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਨਾਲ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਇਸ ਪੰਨੇ ਦੀਆਂ ਵਾਧੂ ਕਾਪੀਆਂ ਬਣਾਓ।

ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

18 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ, ਉਮਰ ਅਤੇ ਸਬੰਧ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਆਸ਼ਰਿਤ ਬੱਚੇ (ਚਾਹੇ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਹੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ)।

18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਦਾ ਪੂਰਾ ਨਾਮ, ਉਮਰ, ਅਤੇ ਸਬੰਧ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ, ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਰ ਬੱਚੇ।

ਨੰਬਰ	ਪੂਰਾ ਨਾਮ	ਉਮਰ	ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਸਬੰਧ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਫ਼ਾਰਮ

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਭਾਗ A ਅਤੇ B ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਾਉਣ ਵਾਲੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਕਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫ਼ਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਕਨੂੰਨ ਵੱਲੋਂ ਮਨੋਨੀਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਭਾਗ B ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ, ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਕਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਭਾਗ A: ਮਰੀਜ਼ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ

ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਐਂਡ ਇਨਫਰਮੇਸ਼ਨ (HCAI) ਕੋਲ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਭਾਗ B ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਤਰਫ਼ੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ HCAI ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਡਾਕਟਰੀ ਸਥਿਤੀ (ਸਥਿਤੀਆਂ) ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਸਮਝ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਹੈ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਿਕਾਰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਬਿਲਿੰਗ, ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ, HIV, ਡਾਇਗਨੋਸਟਿਕ ਇਮੇਜਿੰਗ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧਤਾ ਦੀ ਮੇਰੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਕੋਲ ਇਸਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਮੇਰੀ ਇੱਛਾ ਇਸਨੂੰ ਸਮਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

1. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

2. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ

3. ਤਾਰੀਖ਼:

ਭਾਗ B: ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ

4. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ:

5. ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦਾ ਨਾਮ:

6. ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:

7. ਡਾਕ ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ (5-ਅੰਕ), ਦੇਸ਼ ਦਾ ਨਾਮ

8. ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ

9. ਈਮੇਲ ਪਤਾ

10. ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

11. ਤਾਰੀਖ਼

12. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਕਨੂੰਨੀ ਅਥਾਰਟੀ ਸੰਬੰਧੀ ਮੇਰਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਹੈ। (ਲਾਗੂ ਹੋਣ 'ਤੇ ਸਹੀ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ)।