ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਬਿੱਲ ਸੰਬੰਧੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ

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

- ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਔਨਲਾਈਨ ਦਰਜ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp।
- ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਬਾਰੇ ਮੁਫ਼ਤ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, ਤੁਸੀਂ healthconsumer.org 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ, ਜਾਂ (888) 804-3536 'ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਅਲਾਇੰਸ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।
- ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕੋਲ ਆਮ ਬਿਲਿੰਗ ਅਤੇ ਫੀਸ ਵਿਵਾਦਾਂ, ਕੀਮਤ ਪਾਰਦਰਸ਼ਤਾ, ਚੰਗੇ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਨੁਮਾਨਾਂ, ਜਾਂ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦੁਆਰਾ ਬਿਲਿੰਗ (ਸੁਵਿਧਾ ਖਰਚਿਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ) 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰ ਖੇਤਰ (ਅਧਿਕਾਰ) ਨਹੀਂ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਪੀਆਂ ਹੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ। **ਅਸਲੀ ਨਾ ਭੇਜੋ, ਉਹ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ।**

ਭਾਗ 1: ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

______________________________ ______________________________

1. ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ ਨਾਮ, ਆਖਰੀ ਨਾਮ   2. ਪਸੰਦੀਦਾ ਨਾਮ (ਵਿਕਲਪਿਕ)

3. ਲਿੰਗ: ☐ ਔਰਤ ☐ ਮਰਦ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ☐ ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ

4. ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼: ________________________   5. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਮਰ ਚੁੱਕਾ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

6. ਕੀ ਮਰੀਜ਼ ਨਾਬਾਲਗ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

7. ਨਾਬਾਲਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ: ____________________

____

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

____________________ ____________________ ____________________

9. ਮੁੱਖ ਫ਼ੋਨ ਨੰਬਰ   10. ਕੋਈ ਦੂਜਾ ਫ਼ੋਨ 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 ਪੰਨਾ *12* 'ਤੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਫਾਰਮ ਭਰੋ।

ਭਾਗ 2: ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਉਸ ਸਮੇਂ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ)

13. ਪਰਿਵਾਰ ਦਾ ਆਕਾਰ: ____

18 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ: ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ ਜੇਕਰ ਅਪਾਹਜ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ। 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ 18 ਤੋਂ 20 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ ਲਈ, ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: ਮਾਪੇ, ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਰ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਅਪਾਹਜ ਹੈ ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ। ਜੇਕਰ ਪੰਜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪਰਿਵਾਰਕ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਪੰਨਾ 11 'ਤੇ ਵਾਧੂ ਭਰੋ।

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

ਭਾਗ 3: ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

14. ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________________

15. ਪਤਾ, ਸ਼ਹਿਰ, ਰਾਜ, ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ (5-ਅੰਕ): ______________________________

16. ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਬਿੱਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼: ______________________________

ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਬਿੱਲ ਦੀ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

17. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸਵਾਲਿਆ ਸੇਵਾ(ਵਾਂ) ਲਈ ਕੋਈ ਰਕਮ ਅਦਾ ਕੀਤੀ ਹੈ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼, ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ: ______________________________

18. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਕੋਲ ਛੋਟ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਕੇਅਰ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦਿੱਤੀ ਸੀ?
☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਭਾਗ 4 'ਤੇ ਜਾਓ। *ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਆਪਣੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ ਉਸ ਤਾਰੀਖ਼ ਨੂੰ ਦੱਸੋ ਜਿਸ ਦਿਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾ ਲਈ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਿੱਲ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜਾਂ ਉਸ ਤਾਰੀਖ਼ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਬਿੱਲ ਭੇਜਿਆ ਗਿਆ ਸੀ।*

ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਮਦਨ: ______________________________

☐ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ☐ ਦੋ-ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ☐ ਮਾਸਿਕ ☐ ਸਾਲਾਨਾ ☐ ਹੋਰ: ______________________________

19. ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਅਰਜ਼ੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼: ______________________________

20. ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਰੱਦ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਅਪੀਲ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ : ______________________________

ਭਾਗ 4: ਸਿਹਤ ਪਲੈਨ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

21. ਕੀ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਕੋਈ ਹਿੱਸਾ ਵਰਕਰਜ਼ ਕੰਪਨਸੇਸ਼ਨ, ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ ਬੀਮਾ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੀਮੇ ਦੁਆਰਾ ਕਵਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਜੋ ਉੱਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਨਹੀਂ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ

22. ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਪਲੈਨ, ਬੀਮਾ ਪਲੈਨ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ, Medi-Cal, Medicare, Medicare ਸਪਲੀਮੈਂਟਲ ਇੰਸ਼ੋਰੈਂਸ, ਆਦਿ) ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ ਲਈ ਨਾਮ ਦਰਜ ਕਰਵਾਇਆ ਸੀ? ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ

ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਹਰੇਕ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਵਰੇਜ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਨਾਮ, ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ, ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ, ਅਤੇ ਜੇਕਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਕਵਰੇਜ ਦੀ ਕਿਸਮ ਲਈ ਚੈੱਕ ਬਾਕਸ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਓ।

________________________ ________________________________ ___________________________

ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਕਵਰੇਜ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ

☐ ਵਪਾਰਕ/ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

________________________ ________________________________ ___________________________

ਸੈਕੰਡਰੀ ਕਵਰੇਜ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ

☐ ਵਪਾਰਕ/ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

________________________ ________________________________ ___________________________

ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ

☐ ਵਪਾਰਕ/ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

________________________ ________________________________ ___________________________

ਹੋਰ ਕਵਰੇਜ ਕਵਰੇਜ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ

☐ ਵਪਾਰਕ/ਰੋਜ਼ਗਾਰਦਾਤਾ ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

23. ਕੀ ਕਿਸੇ ਸਿਹਤ ਪਲੈਨ, ਬੀਮਾ ਪਲੈਨ, ਅਤੇ/ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਬਿੱਲ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਾਅਵਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕੀਤੀ ਹੈ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ

ਭਾਗ 5: ਕਰਜ਼ਾ ਉਗਰਾਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

24. ਕੀ ਹਸਪਤਾਲ ਨੇ ਇਹ ਮੈਡੀਕਲ ਕਰਜ਼ਾ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਨੂੰ ਵੇਚ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਾਂ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ?
☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ

25. ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕੀ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਬਿਊਰੋ ਨੂੰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਾਂ ਕੀ ਇਸਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ/ਸਕੋਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕੀਤਾ ਹੈ?
☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ☐ ਲਾਗੂ ਨਹੀਂ
ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੋ।

26. ਕਰਜ਼ਾ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਨੂੰ ਵੇਚਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੂਚਿਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡਾ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਬਿੱਲ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿੱਚ ਸੀ: ____

ਭਾਗ 6: ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸ ਬਾਰੇ ਹੈ, ਇਸਦਾ ਵੇਰਵਾ: ____

____

____

ਇਸ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨੂੰ ਦਰਜ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸਾਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

____

ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ (ਲਿਖੋ)

____

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਕਿਸੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ ਤਾਂ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਫਾਰਮ ਭਰਨਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਮੈਂ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1 ਜਨਵਰੀ, 2024 ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਸਟੇਟ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਨੂੰ ਭੇਜਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ । ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਭਾਗ 7: ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨਾ

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

ਮੈਂ, [ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿੱਖੋ] ____________________ [ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿੱਖੋ] ______________________ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਪੂਰਾ ਸਿਹਤ ਰਿਕਾਰਡ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਬਿਲਿੰਗ, ਮੈਡੀਕਲ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ, ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ, HIV, ਡਾਇਗਨੌਸਟਿਕ ਇਮੇਜਿੰਗ ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋਰ ਰਿਕਾਰਡ, ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਤਰਫੋਂ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਗਈ, California ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਔਫ਼ ਹੈਲਥ ਕੇਅਰ ਐਕਸੈਸ ਐਂਡ ਇਨਫੋਰਮੇਸ਼ਨ (HCAI), ਹਸਪਤਾਲ ਬਿੱਲ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (HBCP) ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ, ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਕਿ ਕੀ ਨਾਮਿਤ ਹਸਪਤਾਲ ਹਸਪਤਾਲ ਫੇਅਰ ਬਿਲਿੰਗ ਐਕਟ ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਸੀ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਦੇ ਰਿਕਾਰਡ, ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹਨ, ਗੁਪਤਤਾ ਨੂੰ ਨਿਯੰਤ੍ਰਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸੰਘੀ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਕਾਰ ਮਰੀਜ਼ ਰਿਕਾਰਡ 42 CFR, ਭਾਗ 2 ਅਤੇ 1996 ਦੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਪੋਰਟੇਬਿਲਟੀ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਐਕਟ (HIPAA), 45 CFR ਅੰਕ 160 ਅਤੇ 164 ਦੇ ਅਧੀਨ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹਨ, ਅਤੇ ਮੇਰੀ ਲਿਖਤੀ ਸਹਿਮਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਖੁਲਾਸਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਨਿਯਮ ਦੁਆਰਾ ਹੋਰ ਪ੍ਰਬੰਧ ਨਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ HCAI ਵਿਖੇ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਾ ਹੱਲ ਹੋਣ ਤੱਕ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਮੇਂ ਸਿਹਤ ਡੇਟਾ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਲਈ ਇਸ ਅਧਿਕਾਰ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਦੀ 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 ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ ਜਾਂ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਬੰਦ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਜੋ ਵੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਵੇ, ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਰੱਦ ਕਰਨਾ ਉਦੋਂ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇਗਾ ਜਦੋਂ HBCP ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਬੇਨਤੀ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ, ਉਸ ਹੱਦ ਤੱਕ ਸਿਵਾਏ ਜਿਸ ਹੱਦ ਤੱਕ HBCP ਜਾਂ ਹੋਰਾਂ ਨੇ ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਲਈ ਮੇਰੀ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਸਹਿਮਤੀ 'ਤੇ ਭਰੋਸਾ ਕੀਤਾ ਹੈ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਦਾ ਇਹ ਅਧਿਕਾਰ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ ਪਰ HBCP ਇਸ ਰਿਲੀਜ਼ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਬਿਲਿੰਗ ਬਾਰੇ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ।

ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਨਾ ਹੋਵੇ, California ਦਾ ਕਾਨੂੰਨ HCAI ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਹੋਰ ਖੁਲਾਸਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਵਰਜਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ HCAI ਕੋਈ ਹੋਰ ਅਧਿਕਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਦੇਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ ਜਿਸਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਗੁਪਤ ਰੱਖਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਹੁਣ ਰਾਜ ਜਾਂ ਸੰਘੀ ਗੁਪਤਤਾ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦੀ।

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

ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ: ______________________________ ਤਾਰੀਖ਼:______________________________

ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿੱਖੋ: ____

ਜੇਕਰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਿਸੇ ਅਜਿਹੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੁਆਰਾ ਭਰਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕੋਲ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕਿਸੇ ਨਾਬਾਲਗ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਏਜੰਟ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਭਰੋ:

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਨਾਮ: ______________________________________

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਵਾਲੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ: ____________________________________

ਤਾਰੀਖ਼: ____

ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ ਕਿ ਇਸ ਵਿਅਕਤੀ ਕੋਲ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਕਿਵੇਂ ਹੈ:

____

ਜਨਸੰਖਿਆ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਜਨਸੰਖਿਆ ਸੰਬੰਧੀ ਸਵਾਲ ਸਿਰਫ਼ ਰਿਪੋਰਟਿੰਗ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਣ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਵਰਤੇ ਜਾਣਗੇ। **ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਕਲਪਿਕ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਹੀਂ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਵੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰੇਗੀ।**

1. ਭਾਸ਼ਾ

ੋਲੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਪਸੰਦੀਦਾ ਭਾਸ਼ਾ: ______________________________

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

2. ਨਸਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਸਲੀ ਭੇਦਭਾਵ

ਤੁਹਾਡੀ ਨਸਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਜਾਤੀ ਕੀ ਹੈ?
ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਅਤੇ ਉਪ-ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਚੁਣੋ ਅਤੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਖਾਲੀ ਥਾਵਾਂ 'ਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਵਾਧੂ ਵੇਰਵੇ ਦਰਜ ਕਰੋ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ, ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੂਹਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ ਜਾਂ ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ☐
ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।
☐ ਨਵਾਜੋ ਰਾਸ਼ਟਰ ☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ______________________________

ਏਸ਼ੀਆਈ ਜਾਂ ਏਸ਼ੀਆਈ ਅਮਰੀਕੀ ☐
ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।
☐ ਏਸ਼ੀਆਈ ਭਾਰਤੀ ☐ ਕੰਬੋਡੀਅਨ ☐ ਚੀਨੀ ☐ ਫਿਲੀਪੀਨੋ/ਏ ☐ ਹਮੋਂਗ ☐ ਜਪਾਨੀ ☐ ਕੋਰੀਆਈ
☐ ਲਾਓਸ਼ੀਅਨ ☐ ਪਾਕਿਸਤਾਨੀ ☐ ਵੀਅਤਨਾਮੀ ☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ______________________________

ਕਾਲਾ ਜਾਂ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ ☐
ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।
☐ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ ☐ ਬਾਰਬਾਡੀਅਨ ☐ ਇਥੋਪੀਆਈ ☐ ਘਾਨਾਆਈ ☐ ਹੈਤੀਆਈ ☐ ਜਮਾਇਕਨ ☐ ਕੀਨੀਆ
☐ ਨਾਈਜੀਰੀਆਈ ☐ ਸੋਮਾਲੀ ☐ ਦੱਖਣੀ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ☐ ਸੁਡਾਨੀ ☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ______________________________

ਹਿਸਪੈਨਿਕ ਜਾਂ ਲੈਟੀਨੋ ☐
ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।
☐ ਕੋਲੰਬੀਆਈ ☐ ਕਿਊਬਨ ☐ ਡੋਮਿਨਿਕਨ ☐ ਇਕਵਾਡੋਰੀਅਨ ☐ ਗੁਆਟੇਮਾਲਾ ☐ ਹੋਂਡੂਰਨ
☐ ਮੈਕਸੀਕਨ ਜਾਂ ਮੈਕਸੀਕਨ ਅਮਰੀਕੀ ☐ ਪੋਰਟੋ ਰੀਕਨ ☐ ਸਲਵਾਡੋਰਨ ☐ ਸਪੈਨਿਸ਼
☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ______________________________

ਮੱਧ ਪੂਰਬੀ ਜਾਂ ਉੱਤਰੀ ਅਫ਼ਰੀਕੀ ☐
ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।
☐ ਅਫਗਾਨ ☐ ਅਲਜੀਰੀਅਨ ☐ ਅਰਮੀਨੀਆਈ ☐ ਮਿਸਰੀ ☐ ਈਰਾਨੀ ☐ ਇਰਾਕੀ ☐ ਇਜ਼ਰਾਈਲੀ ☐ ਕੁਰਦੀ
☐ ਲੇਬਨਾਨੀ ☐ ਮੋਰੱਕੋ ☐ ਸੀਰੀਆਈ ☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ______________________________

ਮੂਲ ਹਵਾਈ ਜਾਂ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਟਾਪੂ ☐

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

☐ ਚਮੋਰੋ ☐ ਚੁਕੇਸੀ ☐ ਫਿਜੀਅਨ ☐ ਗੁਆਮਾਨੀਅਨ ☐ ਮਾਰਸ਼ਲੀਜ਼ ☐ ਮੂਲ ਹਵਾਈ ☐ ਪਲਾਊਆਨ

☐ ਸਮੋਆਨ ☐ ਤਾਹਿਟੀਅਨ ☐ ਟੋਂਗਨ ☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ____________________

ਗੋਰੇ ☐

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

☐ ਡੱਚ ☐ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ☐ ਫ੍ਰੈਂਚ ☐ ਜਰਮਨ ☐ ਆਇਰਿਸ਼ ☐ ਇਤਾਲਵੀ ☐ ਨਾਰਵੇਜੀਅਨ ☐ ਪੋਲਿਸ਼

☐ ਪੁਰਤਗਾਲੀ ☐ ਰੂਸੀ ☐ ਸਕਾਟਿਸ਼ ☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ____________________

3. ਲਿੰਗੀ ਪਛਾਣ

ਹੇਠਾਂ ਵੇਰਵੇ ਦਿਓ।

☐ ਔਰਤ ☐ ਮਰਦ ☐ ਔਰਤ-ਤੋਂ-ਮਰਦ/ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਮਰਦ/ਟਰਾਂਸ ਮਰਦ

☐ ਮਰਦ-ਤੋਂ-ਔਰਤ/ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਔਰਤ/ਟ੍ਰਾਂਸ ਔਰਤ

☐ ਲਿੰਗਕ ਸਮਲਿੰਗੀ (ਨਾ ਤਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਮਰਦ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਔਰਤ) ☐ ਪਤਾ ਨਹੀਂ/ਨਹੀਂ ਕਹਿਣਾ ਪਸੰਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ

☐ ਲਿਖਣ ਦਾ ਵਿਕਲਪ: ____________________

1977 ਦੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਭਿਆਸ ਐਕਟ ਦਾ ਨੋਟਿਸ

1977 ਦੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਭਿਆਸ ਐਕਟ (California ਸਿਵਲ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 1798.17) ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਨੋਟਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ:

- ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕੋਡ ਸੈਕਸ਼ਨ 127436 ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਭਾਗ (HCAI) ਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਛੂਟ ਭੁਗਤਾਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਚੈਰਿਟੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੀਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿਲਿੰਗ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।
- HCAI ਦਾ ਹਸਪਤਾਲ ਫੇਅਰ ਬਿਲਿੰਗ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਹਸਪਤਾਲ ਬਿਲਿੰਗ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਕਰਦਾ ਹੈ।
- ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ HCAI ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਮਰਜ਼ੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਹਾਲਾਂਕਿ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਹਾਲਾਂਕਿ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦੇ, ਤਾਂ HCAI ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਦਾ।
- ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ, HCAI ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ, ਹਸਪਤਾਲ ਅਤੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।
- HCAI ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਲੋੜ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ।
- ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਖਣ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ HCAI ਦੁਆਰਾ ਰੱਖੇ ਗਏ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਪਛਾਣਨਯੋਗ ਡੇਟਾ ਦੀ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 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/

ਫਾਈਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਕਿ HCAI ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰੇ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਸਪਤਾਲ ਦੁਆਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਮੈਡੀਕਲ ਬਿੱਲਾਂ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਨ ਤੋਂ ਗਲਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਇਨਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਉਸ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ ਅਰਜ਼ੀ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ ਸਨ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅਜੇ ਤੱਕ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਅਰਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਅਰਜ਼ੀ ਕਿਵੇਂ ਦੇਣੀ ਹੈ ਇਸ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਹਾਇਤਾ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਹੈਲਥ ਕੰਜ਼ਿਊਮਰ ਅਲਾਇੰਸ ਨੂੰ (888) 804-3536 'ਤੇ ਕਾੱਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜਾਂ ਵਧੇਰੇ 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 ਹਿਦਾਇਤਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰੋ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ।
2. ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਤਾਂ 'ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਫਾਰਮ' ਭਰੋ।
3. ਆਪਣੀ ਹਾਲੀਆ ਟੈਕਸ ਰਿਟਰਨ ਜਾਂ ਹਾਲੀਆ ਪੇਸਟੱਬਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ।
4. ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਬੇਨਤੀ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੋਰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ:
   - ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਲਿਖਤੀ ਅਨੁਮਾਨ।
   - ਬਿੱਲ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਕੀਤੇ ਗਏ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਕੋਈ ਵੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼।

- ਬਿੱਲ ਕੀਤੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੀ ਸਿਹਤ ਪਲੈਨ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨਾਲ ਕੋਈ ਵੀ ਸੰਚਾਰ।
- ਸਬੂਤ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਕਰਜ਼ਾ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਨੂੰ ਵੇਚਿਆ ਗਿਆ ਸੀ ਜਾਂ ਸੰਗ੍ਰਹਿ ਨੂੰ ਭੇਜੇ ਜਾਣ ਦੇ ਜੋਖਮ ਵਿੱਚ ਹੈ।
- ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਸਕੋਰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਇਆ ਹੈ ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਧਿਆਨ ਦਿਓ, ਸਿਰਫ਼ ਉਹਨਾਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਹੀ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜੋ ਤੁਹਾਡੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਸੂਚੀਬੱਧ ਸੇਵਾ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼(ਤਾਰੀਖ਼ਾਂ) ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹਨ।

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

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

ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਮੈ ਲਈ ਵਾਧੂ ਜੋੜ

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

ਜੇਕਰਬਤੁਸੀਂਬਵਾਧੂਬਪਰਿਵਾਰਕਬਮੈਂਬਰਾਂਬਦੀਬਸੂਚੀਬਬਣਾਬਰਹੇਬਹੋਬਤਾਂਬਕਿਰਪਾਬਕਰਕੇਬਇਸਬਪੰਨੇਬਨੂੰਬਪੂਰਾਬਕਰੋ।ਬਜੇਕਰਬਹੋਰਬਥਾਂਬਦੀਬਲੋੜਬਹੈ,ਬਤਾਂਬਕਿ
ਆਪਣੀਬਸ਼ਿਕਾਇਤਬਦੇਬਨਾਲਬਜਮ੍ਹਾਂਬਕਰਾਉਣਬਲਈਬਇਸਬਪੰਨੇਬਦੀਆਂਬਵਾਧੂਬਕਾਪੀਆਂਬਬਣਾਓ।

ਪਰਿਵਾਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ

18 ਸਾਲ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: ਜੀਵਨ ਸਾਥੀ, ਘਰੇਲੂ ਸਾਥੀ, ਅਤੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ ਜੇਕਰ ਅਪਾਹਜ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਘਰ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਨਾ। 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ, ਜਾਂ 18 ਤੋਂ 20 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ ਲਈ, ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ: ਮਾਪੇ, ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ, ਅਤੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰਾਂ ਦੇ 21 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਹੋਰ ਨਿਰਭਰ ਬੱਚੇ, ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਅਪਾਹਜ ਹੈ ਤਾਂ ਕੋਈ ਵੀ ਉਮਰ।

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

ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਫਾਰਮ

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

- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਕਰਨ ਜਾਂ ਆਪਣੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦੇਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਭਾਗ A ਅਤੇ B ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ।
- **ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 18 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਦਰਜ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਮਾਪੇ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ ਹੈ।**
- ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਕਿਸੇ ਮਰੀਜ਼ ਲਈ ਦਾਇਰ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਮਰੀਜ਼ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਲਈ ਮਨੋਨੀਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਿਰਫ਼ ਭਾਗ B ਭਰੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਉਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰਨੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਭਾਗ A: ਮਰੀਜ਼ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ

ਮੈਂ ਭਾਗ B ਵਿੱਚ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੇ ਗਏ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਵਿਭਾਗ (HCAI) ਕੋਲ ਦਾਇਰ ਕੀਤੀ ਮੇਰੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ HCAI ਸਟਾਫ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ(ਆਂ) ਅਤੇ ਸੰਬੰਧਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਵਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਵੀਕਾਰ ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਹਨਾਂ 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 ਨੁਮਾਇੰਦਗੀ ਦੀ ਮੇਰੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਸਵੈਇੱਛਤ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜੇ ਮੈਂ ਇਸਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਨੂੰ ਲਿਖਤੀ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ।

1. ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

2. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ ਲਿੱਖੋ

3. ਤਾਰੀਖ਼:

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

4. ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ: ______

5. ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦਾ ਨਾਮ: ______

6. ਮਰੀਜ਼ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ: ______

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

8. ਫੋਨ ਨੰਬਰ

9. ਈਮੇਲ ਪਤਾ

10. ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

11. ਤਾਰੀਖ਼

12. □ ਮਰੀਜ਼ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰਤ ਨੁਮਾਇੰਦੇ ਵਜੋਂ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਮੇਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਹਨ। (ਜੇ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ ਤਾਂ ਜਾਂਚ ਕਰੋ)।