

БЛАНК ЖАЛОБЫ НА БОЛЬНИЧНЫЙ СЧЕТ

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

- Вы можете подать жалобу в режиме онлайн по адресу: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- Для получения бесплатной помощи в рассмотрении жалобы вы можете обратиться в Health Consumer Alliance (Альянс потребителей медицинских услуг), посетив сайт healthconsumer.org или позвонив по телефону (888) 804-3536.
- Данная программа не обладает юрисдикцией (полномочиями) в отношении общих споров по выставлению счетов и сборов, прозрачности цен, добросовестных оценок или выставления счетов поставщиком услуг неотложной помощи (кроме сборов за услуги учреждения).
- Если вы отправляете документы по почте, пожалуйста, приложите только копии документов. **Не присылайте оригиналы, они не будут возвращены.**

РАЗДЕЛ 1. ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

1. Имя, отчество, фамилия _____ 2. Предпочитаемое имя (необязательно) _____
3. Пол: Женский Мужской Неизвестно Предпочитаю не говорить
4. Дата рождения: _____ 5. Пациент скончался? Да Нет
6. Является ли пациент несовершеннолетним? Да Нет
7. Для несовершеннолетних пациентов, пожалуйста, укажите имя их родителя или законного опекуна: _____

8. Почтовый адрес, город, штат, почтовый индекс (5-значный), название страны _____

9. Основной номер телефона _____ 10. Второй номер телефона _____ 11. Адрес электронной почты _____

12. Помогает ли вам кто-то, кроме родителей или законных опекунов ребенка младше 18 лет, подать жалобу? Да Нет

Если да, заполните форму уполномоченного представителя на странице 12.

РАЗДЕЛ 2. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ (НА МОМЕНТ ОКАЗАНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ УСЛУГ)

13. Размер семьи: _____

Для пациентов в возрасте 18 лет и старше семья включает в себя следующее: супруг/супруга, гражданский партнер и дети-иждивенцы в возрасте до 21 года или любого возраста, если они инвалиды, независимо от того, проживают они дома или нет. Для пациентов младше 18 лет или для ребенка-иждивенца в возрасте от 18 до 20 лет семья включает следующее: родители, родственники-опекуны и другие дети на иждивении родителей или родственников-опекунов в возрасте до 21 года или в любом возрасте, если они инвалиды. Если в списке более пяти членов семьи, заполните дополнительно страницу 11.

Номер	Полное имя	Возраст	Отношение к пациенту
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

РАЗДЕЛ 3. ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНИЦЕ

14. Название больницы: _____

15. Адрес, город, штат, почтовый индекс (пятизначный): _____

16. Дата оказания услуги (услуг), за которую больница выставляет счет: _____

Пожалуйста, предоставьте копию любого счета, если таковой имеется.

17. Платили ли вы какую-либо сумму за данную услугу (услуги)? Да Нет Неизвестно

Если да, предоставьте подтверждающие документы и дату последнего платежа, если таковые имеются: _____

18. Обращались ли вы в больницу за скидкой и/или благотворительной помощью до того, как подали эту жалобу? Да Нет

Если нет, перейдите к разделу 4. Если да, укажите доход вашей семьи на дату, когда вам впервые был выставлен счет за услуги, или за 12 месяцев, предшествовавших дате, когда вам впервые был выставлен счет за услуги.

Доход семьи пациента: _____

Еженедельно Два раза в неделю Ежемесячно Ежегодно Другое: _____

19. Дата подачи заявления на получение финансовой помощи: _____

20. Ваше заявление на получение финансовой помощи было ли отклонено? Да Нет

Если да, укажите дату подачи апелляции, если применимо: _____

РАЗДЕЛ 4. ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ПЛАНЕ

21. Покрывалась ли какая-либо часть больничных услуг по программе компенсации работникам, получившим травму на рабочем месте, полису страхования автомобилиста или другой страховке, не указанной выше? Да Нет Неизвестно

22. Были ли вы зарегистрированы в медицинском плане, страховом плане и/или государственной программе страхования (например, Medi-Cal, Medicare, дополнительная страховка Medicare и т. д.) на любую из дат обслуживания, о которых идет речь? Да Нет Неизвестно

Если да, то для каждого типа страховки укажите название плана, даты вступления в силу покрытия, идентификационный номер участника и отметьте галочкой тип покрытия ниже, если он имеется.

 Основная страховка Даты действия страховки Идентификационный номер участника
 Коммерческая/от работодателя Medi-Cal Medicare Дополнительная страховка Medicare

 Вторая Даты действия страховки Идентификационный номер участника
 Коммерческая/от работодателя Medi-Cal Medicare Дополнительная страховка Medicare

 Другая страховка Даты действия страховки Идентификационный номер участника
 Коммерческая/от работодателя Medi-Cal Medicare Дополнительная страховка Medicare

 Другая страховка Даты действия страховки Идентификационный номер участника
 Коммерческая/от работодателя Medi-Cal Medicare Дополнительная страховка Medicare

23. Рассматривал ли план медицинского страхования, страховой план и/или государственная программа страхования какие-либо заявки на оплату счетов за услуги, выставленных больницей?
 Да Нет Неприменимо Неизвестно

РАЗДЕЛ 5. ИНФОРМАЦИЯ О ВЗЫСКАНИИ ЗАДОЛЖЕННОСТИ

24. Больница продала этот долг за медицинские услуги коллекторской компании или вам грозит передача дела в коллекторскую компанию? Да Нет Неизвестно

25. Если да, сообщалось ли о долге в кредитное бюро или повлиял ли он на вашу кредитную историю/рейтинг?
 Да Нет Неизвестно Неприменимо

Если да, пожалуйста, предоставьте копию кредитного отчета.

26. Дата, когда долг был продан коллекторам, или дата, когда вы получили уведомление о том, что ваш больничный счет может быть передан коллекторам, если это применимо и информация доступна:

РАЗДЕЛ 6. ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ

Опишите, в чем заключается ваша жалоба: _____

Вся предоставленная мною информация верна и соответствует действительности, насколько мне известно.

Имя пациента (печатными буквами)

Подпись пациента или законного представителя

Пожалуйста, обратите внимание: В случае подписания формы жалобы законным представителем необходимо заполнить форму уполномоченного представителя.

По вопросам, возникшим до 1 января 2024 года, я разрешаю Департаменту направить мою жалобу в Департамент общественного здравоохранения штата. Да Нет

РАЗДЕЛ 7. РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

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

Я, [имя пациента печатными буквами] _____, даю разрешение [название больницы печатными буквами] _____ на передачу всей моей медицинской документации, включая, в частности, финансовую информацию, счета, медицинскую информацию, информацию о психическом здоровье, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, ВИЧ, отчеты о диагностических исследованиях и другие записи, связанные с жалобой, которую я подал(а) или которые были поданы от моего имени в Калифорнийский департамент доступа к медицинскому обслуживанию и информации (HCAI), Программу рассмотрения жалоб о больничных счетах (HBCP), для целей определения того, соблюдала ли названная больница Закон о справедливом выставлении счетов и соответствующие правила.

Я понимаю, что мои записи о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, если таковые имеются, защищены в соответствии с федеральными нормами, регулирующими конфиденциальность и записи пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, Статьей 42 C.F.R., часть 2, и Законом о преемственности и подотчетности медицинского страхования от 1996 года (HIPAA), Статьей 45 C.F.R., части 160 и 164, и не могут быть раскрыты без моего письменного согласия, если иное не предусмотрено нормами.

Это разрешение на передачу моей медицинской информации действует до тех пор, пока моя жалоба в HCAI не будет удовлетворена. Я понимаю, что могу отозвать данное разрешение на передачу медицинских данных в любое время и сделать это в письменном виде, написав по адресу:

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

Если данное разрешение не отменено, срок его действия истекает через 12 месяцев после даты подписания мною данной формы или после закрытия моей жалобы, в зависимости от того, что произойдет раньше. Отзыв вступит в силу после получения HBCP моего запроса в письменном виде, за исключением случаев, когда HBCP или другие уже полагались на мое предварительное согласие на предоставление медицинской информации.

Я понимаю, что данное разрешение на выдачу медицинской информации является добровольным, но HBCP не сможет рассмотреть мою жалобу о выставлении больничных счетов без подписания данного разрешения.

За исключением случаев, предусмотренных законом, закон Калифорнии запрещает HCAI дальнейшее раскрытие моей медицинской информации, если HCAI не получит другого разрешения. Я понимаю, что если я разрешил(а) раскрыть свою медицинскую информацию лицу, которое по закону не обязано сохранять ее конфиденциальность, она может перестать быть защищенной государственными или федеральными законами о конфиденциальности.

Я понимаю, что имею право на получение копии этого разрешения.

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Ваше имя печатными буквами: _____

Если эту форму заполняет лицо, имеющее законные полномочия действовать от имени данного человека, например, родитель или законный опекун несовершеннолетнего или агент по медицинскому обслуживанию, пожалуйста, заполните следующую информацию:

Имя и фамилия того, кто заполнял эту форму: _____

Подпись лица, заполнившего эту форму: _____

Дата: _____

Опишите ниже, каким образом это лицо имеет юридические полномочия на подписание данной формы:

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Следующие демографические вопросы будут использоваться только для целей отчетности и анализа. Эта информация необязательна. Если вы не хотите предоставлять эту информацию, это никак не повлияет на исход рассмотрения вашей жалобы.

1. ЯЗЫК:

Предпочитаемый язык общения: _____

Хотели бы вы, чтобы мы общались с вами на предпочитаемом вами языке? Да Нет

2. РАСА И/ИЛИ ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Какова ваша раса и/или этническая принадлежность?

Выберите все категории и подкатегории, которые применимы, и укажите все дополнительные сведения в следующих местах. Обратите внимание, что вы можете указать несколько групп.

АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ или ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КОРЕННЫХ НАРОДОВ АЛЯСКИ

Укажите подробности ниже.

Нация Навахо Другой вариант (впишите): _____

АЗИАТ ИЛИ АМЕРИКАНЕЦ АЗИАТСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Укажите подробности ниже.

Индеец Камбоджиец Китаец Филиппинец Хмонг Японец Кореец
 Лаосец Пакистанец Вьетнамец Другой вариант (впишите): _____

ЧЕРНОКОЖИЙ ИЛИ АФРОАМЕРИКАНЕЦ

Укажите подробности ниже.

Афроамериканец Барбадосец Эфиопец Ганец Гаитянин Ямаец Кениец
 Нигериец Сомалиец Южноафриканец Суданец Другой вариант (впишите): _____

ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ

Укажите подробности ниже.

Колумбиец Кубинец Доминиканец Эквадорец Гватемалец Гондурасец
 Мексиканец или американец мексиканского происхождения Пуэрториканец
 Сальвадорец Испанец
 Другой вариант (впишите): _____

УРОЖЕНЕЦ БЛИЖНЕГО ВОСТОКА или СЕВЕРНОЙ АФРИКИ

Укажите подробности ниже.

Афганец Алжирец Армянин Египтянин Иранец Ираец Израильтянин Курд
 Ливанец Марокканец Сириец Другой вариант (впишите): _____

КОРЕННОЙ УРОЖЕНЕЦ ГАВАЙЕВ ИЛИ ДРУГИХ ТИХООКЕАНСКИХ ОСТРОВОВ

Укажите подробности ниже.

Чаморро Чуукезе Фиджиец Гуамец Маршалловы острова Коренной гаваец Палау
 Самоанец Таитянин Тонганец Другой вариант (впишите): _____

БЕЛЫЙ

Укажите подробности ниже.

- Голландец Англичанин Француз Немец Ирландец Итальянец Норвежец Поляк
 Португалец Русский Шотландец Другой вариант (впишите): _____

3. ГЕНДЕРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ

Укажите подробности ниже.

- Женщина Мужчина Из женщины в мужчину/мужчина-трансгендер/транс-мужчина
 Из мужчины в женщину/женщина-трансгенд/транс-женщина
 Гендерквир (не мужчина, ни женщина) Не знаю/предпочитаю не говорить
 Другой вариант (впишите): _____

УВЕДОМЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНФОРМАЦИИ 1977 ГОДА

В соответствии с Законом об использовании информации 1977 года (раздел 1798.17 Гражданского кодекса штата Калифорния) требуется следующее уведомление:

- Раздел 127436 Кодекса здравоохранения и безопасности наделяет Департамент доступа к медицинскому обслуживанию и информации (HCAI) полномочиями расследовать жалобы о выставляемых больницами счетах, связанные с их политикой скидок и/или благотворительной помощи.
- Программа HCAI по справедливому выставлению счетов за услуги больниц использует вашу личную информацию для расследования вашей жалобы о выставляемых больницами счетах.
- Вы можете предоставить эту информацию HCAI добровольно, но это не является обязательным. Однако если вы не предоставите требуемую информацию, HCAI может не расследовать вашу жалобу.
- При необходимости HCAI может передавать вашу личную информацию больнице и поставщикам услуг для расследования вашей жалобы.
- HCAI также может передавать вашу информацию другим государственным учреждениям, если это требуется или разрешено законом.
- Вы имеете право ознакомиться со своей личной информацией. Если вам нужна дополнительная информация или у вас есть вопросы о конфиденциальности личных данных, хранящихся в HCAI, обращайтесь к сотруднику по вопросам конфиденциальности по адресу:

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/

ДО ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ

Если вы хотите, чтобы HCAI расследовала, не было ли вам несправедливо отказано больницей в помощи с оплатой медицинских счетов, значит, вы уже подавали заявление на получение финансовой помощи в больнице, где вы получали услуги. Если вы еще не подали заявление в больницу, вам следует связаться с ней, чтобы получить более подробную информацию о том, как подать заявление. Если вам нужна помощь, вы можете позвонить в Health Consumer Alliance (Альянс потребителей медицинских услуг) по телефону (888) 804-3536 или зайти на сайт healthconsumer.org для получения дополнительной информации.

КАК ПОДАВАТЬ ЖАЛОБУ

1. Подайте жалобу онлайн на сайте HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (это самый быстрый способ подачи).
Следуйте инструкциям на сайте и подпишите бланк жалобы.
2. Если вы используете уполномоченного представителя, заполните "Форму уполномоченного представителя".
3. Приложите копию вашей последней налоговой декларации или последние платежные квитанции.
4. Вы можете приложить другие документы, подтверждающие вашу просьбу, например, что-либо из следующего:
 - Письменная смета из больницы.

- Любые документы, подтверждающие оплату услуг по выставленному счету.
- Любая переписка с вашим медицинским страховым планом или государственной программой страхования по поводу выставленных счетов за услуги.
- Доказательства того, что медицинский долг был продан коллекторскому агентству или находится под угрозой передачи агентству.
- Копия кредитного отчета, если это повлияло на вашу кредитную историю.

Обратите внимание, что рассматриваться будет только та документация, которая относится к дате (датам) обслуживания, указанной в вашей жалобе.

5. Если вы не можете подать жалобу онлайн, отправьте ее и все подтверждающие документы по почте:

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

ИНФОРМАЦИЯ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЧЛЕНАХ СЕМЬИ

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

Пожалуйста, заполните эту страницу, если вы указываете дополнительных членов семьи. Если требуется больше места, сделайте дополнительные копии этой страницы и отправьте их вместе с жалобой.

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Для пациентов в возрасте 18 лет и старше семья включает в себя следующее: супруг/супруга, гражданский партнер и дети-иждивенцы в возрасте до 21 года или любого возраста, если они инвалиды, независимо от того, проживают они дома или нет. Для пациентов младше 18 лет или для ребенка-иждивенца в возрасте от 18 до 20 лет семья включает следующее: родители, родственники-опекуны и другие дети на иждивении родителей или родственников-опекунов в возрасте до 21 года или в любом возрасте, если они инвалиды.

Номер	Полное имя	Возраст	Отношение к пациенту
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ФОРМА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- Если вы хотите дать другому лицу разрешение представлять ваши интересы или помогать вам в рассмотрении жалобы, заполните части А и В ниже.
- **Если вы являетесь родителем или законным опекуном, подающим эту жалобу за ребенка в возрасте до 18 лет, вам не нужно заполнять эту форму.**
- Если вы подаете эту жалобу за пациента и по закону уполномочены действовать от его имени, заполните только часть В. Вы должны приложить копию документов, дающих вам законные полномочия действовать в качестве уполномоченного представителя пациента.

ЧАСТЬ А: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ

Я разрешаю лицу, указанному ниже в части В, действовать от моего имени в моей жалобе, поданной в Департамент доступа к медицинскому обслуживанию и информации (HCAI). Я разрешаю сотрудникам HCAI передавать финансовую информацию и информацию о моем состоянии здоровья и соответствующем уходе лицу, указанному ниже. Я понимаю и признаю, что эти записи могут включать счета, финансовую, медицинскую информацию, информацию о психическом здоровье, алкогольной или наркотической зависимости, ВИЧ, отчеты о диагностических обследованиях и другие записи, связанные с жалобой.

Мое согласие на назначение представителя является добровольным, и я имею право его отменить. Если я захочу его отменить, мне необходимо сделать это в письменном виде.

1. Подпись пациента

2. Имя пациента печатными буквами

3. Дата: _____

ЧАСТЬ В: ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЦОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТУ

4. Имя пациента: _____

5. Имя уполномоченного представителя: _____

6. Отношение к пациенту: _____

7. Почтовый адрес, город, штат, почтовый индекс (5-значный), название страны

8. Номер телефона

9. Адрес электронной почты

10. Подпись уполномоченного представителя

11. Дата

12. К жалобе прилагаются документы, подтверждающие мои законные полномочия действовать в качестве уполномоченного представителя пациента. (Отметьте, если применимо).