

БЛАНК СКАРГИ ЩОДО ЛІКАРНЯНИХ РАХУНКІВ

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

- ✓ Ви можете подати скаргу онлайн за адресою: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ Щоб отримати безкоштовну допомогу щодо вашої скарги, ви можете зв'язатися з Альянсом здоров'я споживачів, відвідавши сайт healthconsumer.org або зателефонувавши за номером (888) 804-3536.
- ✓ Щоб HCAI міг розслідувати, чи лікарня неправомірно відмовила вам у допомозі з оплатою рахунків за лікування, ви повинні були вже подати заявку на виплату зі знижкою та/або виплату благодійної допомоги **перед тим, як подати цю скаргу**.
- ✓ Якщо ви надсилаєте документи поштою, додайте лише копії документів. **Не надсилайте оригінали, вам їх не повернуть.**

РОЗДІЛ 1: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

1. Ім'я, по батькові, прізвище _____ 2. Ім'я, за яким до вас звертатися (необов'язково) _____

3. Стать: Жінка Чоловік Невідомо Не хочу вказувати

4. Дата народження: _____ 5. Пацієнт помер? Так Ні

6. Чи є пацієнт неповнолітнім? Так Ні

7. Для неповнолітніх пацієнтів, будь ласка, впишіть імена батьків або законних опікунів друкованими літерами: _____

8. Поштова адреса, місто, штат, поштовий індекс (5 цифр), назва країни _____

9. Основний номер телефону _____ 10. Додатковий номер телефону _____ 11. Адреса електронної пошти _____

12. Чи хтось, крім батьків або законного опікуна дитини віком до 18 років, допомагає вам подати вашу скаргу? Так Ні

Якщо так, будь ласка, заповніть Бланк для уповноваження представника.

РОЗДІЛ 2: ІНФОРМАЦІЯ ПРО РОДИНУ

Для пацієнтів віком від 18 років вкажіть ПІБ, вік та родинні зв'язки: чоловік/дружина, сімейний партнер та діти віком до 21 року, які перебувають на утриманні (незалежно від того, проживають вони вдома чи ні).

Для пацієнтів віком до 18 років вкажіть ПІБ, вік та родинні зв'язки: батьки, родичі-опікуни, та інші діти батьків або родичів-опікунів віком до 21 року. (Якщо треба вказати понад шість членів сім'ї, заповніть додаток на сторінці 10.)

Номер	ПІБ	Вік	Ким ця особа є пацієнту
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

РОЗДІЛ 3: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРНЮ

13. Назва лікарні: _____

14. Адреса, місто, штат, поштовий індекс (5 цифр)

15. Дата прибуття у лікарню: _____ 16. Дата виписки: _____

17. Чи отримали ви письмовий кошторис від лікарні? Так Ні*Якщо так, додайте документи, що це підтверджують, якщо такі є.*

18. Дата проведення послуг(и), за які лікарня виставляє рахунок: _____

Якщо було більше одного прийому або декілька окремих дат надання послуг, надішліть окрему скаргу.

19. Чи сплачували ви вже якусь суму за послугу/послуги, про яку/які йдеться?

 Так Ні Невідомо*Якщо так, надайте документи, що це підтверджують, та вкажіть дату останнього платежу, якщо така є:* _____**РОЗДІЛ 4: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПЛАН МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ**20. Чи були медичні послуги пов'язані з травмами, спричиненими третіми особами (як-от ДТП, злочин або травма, пов'язана з роботою)? Так Ні Невідомо21. Чи були ви зареєстровані в плані медичного обслуговування, плані страхування та/або державній програмі страхування (тобто Medi-Cal, Medicare, додаткове страхування Medicare тощо) на момент надання будь-якої послуги, про яку йдеться? Так Ні Невідомо*Якщо так, для кожного типу покриття вкажіть назву плану, дати початку дії покриття, ідентифікаційний номер членства та поставте прапорці для типу покриття нижче, якщо є.*

_____ Основна програма страхування _____ Періоди покриття _____ Ідентифікаційний номер членства

 Commercial/Employer Medi-Cal Medicare Додаткове страхування Medicare

_____ Додаткова програма страхування _____ Періоди покриття _____ Ідентифікаційний номер членства

 Commercial/Employer Medi-Cal Medicare Додаткове страхування Medicare

_____ Інша програма страхування _____ Періоди покриття _____ Ідентифікаційний номер членства

 Commercial/Employer Medi-Cal Medicare Додаткове страхування Medicare

_____ Інша програма страхування _____ Періоди покриття _____ Ідентифікаційний номер членства

 Commercial/Employer Medi-Cal Medicare Додаткове страхування Medicare

22. Чи план медичного обслуговування, план страхування та/або державна програма страхування включав будь-які претензії щодо послуг, за які лікарня виставляє рахунок?

Так Ні Не застосовується Невідомо

23. Якщо так, чи подавав пацієнт скаргу або апеляцію до свого плану медичного обслуговування, плану страхування чи державної програми страхування щодо відмови?

Так Ні Не застосовується Невідомо

Якщо так, додайте копію листа-рішення від представників плану медичного обслуговування, плану страхування або державної програми страхування та дату розгляду скарги чи апеляції, якщо така є.

24. Дата розгляду скарги чи апеляції, якщо вона застосовна та наявна: _____

РОЗДІЛ 5: ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТЯГНЕННЯ ЗАБОРГОВАНОСТІ

25. Чи передала лікарня цю медичну заборгованість стягувачу, або чиє ризик того, що її передадуть стягувачу? Так Ні Невідомо

26. Якщо так, чи повідомляли про борг у кредитне бюро чи це вплинуло на ваш кредитний звіт/оцінку? Так Ні Невідомо Не застосовується

Якщо так, надайте копію свого кредитного звіту.

27. ПІБ стягувача якщо застосовно та наявно: _____

28. Дата, коли борг був переданий стягувачу якщо застосовно та наявно: _____

29. Номер рахунку якщо застосовно та наявно: _____

Уся інформація, яку я надав(-ла) під час подання цієї скарги, є правдивою та правильною, наскільки мені відомо.

ПІБ пацієнта (друкованими літерами)

Підпис пацієнта або законного представника

Будь ласка, зверніть увагу: якщо пацієнт не може приймати рішення щодо лікування та/або фінансів, хоче, щоб представник допоміг зі скаргою, або якщо пацієнти померли, будь ласка, заповніть Бланк для уповноваження представника, що додається. Без дійсного підпису пацієнта Уповноважений представник повинен надати документи, що підтверджують законні повноваження діяти як уповноважений представник пацієнта (тобто довіреність, документ про опіку, лист про призначення виконавця тощо).

РОЗДІЛ 6: РОЗГОЛОШЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ

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

Я, [ПІБ пацієнта друкованими літерами] _____ даю дозвіл [назва лікарні друкованими літерами] _____ надати повну інформацію про моє здоров'я, включно з, але не обмежуючись цим, фінансовою та медичною інформацією, інформацією про рахунки, психічне здоров'я, зловживання психоактивними речовинами, ВІЛ, звітами про діагностичні сканування та іншими записами, пов'язаними зі скаргою, яку я подав(-ла) або подали від свого імені до Каліфорнійського департаменту медичної допомоги та обізнаності (HCAI), Програми скарг щодо лікарняних рахунків (HBCP), з метою визначення того, чи відповідає вказана лікарня вимогам Закону про чесне виставлення рахунків у лікарнях та відповідних нормативних актів.

Я розумію, що інформація щодо моїх розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, якщо такі є, захищена федеральними правилами конфіденційності та Записами пацієнтів із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин, 42 ст. Кодексу федеральних нормативних актів, частина 2, а також Законом про перенесення та підзвітність медичного страхування 1996 року (HIPAA), 45 ст. Кодексу федеральних нормативних актів, ч. 160 і 164, і не може бути розголошена без моєї письмової згоди, якщо інше не передбачено нормативними актами.

Цей дозвіл на надання інформації про стан мого здоров'я чинний до вирішення моєї скарги до HCAI. Я розумію, що маю право відкликати цей дозвіл на надання інформації про здоров'я в будь-який час, і я можу зробити це в письмовій формі поштою на адресу:

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

Якщо його не відкликано, цей дозвіл закінчить діяти через 12 місяців після дати підписання мною цього бланку або коли мою скаргу буде закрито, залежно від того, що станеться раніше. Відкликання набуде чинності, коли HBCP отримає мій письмовий запит, за винятком тих випадків, коли HBCP або інші особи мають мою попередню згоду на розкриття медичної інформації.

Я розумію, що цей дозвіл на розкриття інформації про стан мого здоров'я є добровільним, але HBCP не може розглянути мою скаргу щодо виставлення рахунків у лікарні без підписання цього дозволу.

Якщо цього не вимагає закон, законодавство Каліфорнії забороняє НСАІ розголошувати інформацію про стан мого здоров'я, якщо НСАІ не отримає інший дозвіл. Я розумію, що якщо я дозволив(-ла) розкриття інформації про стан мого здоров'я особі, яка не зобов'язана зберігати її конфіденційність за законом, така інформація більше не може бути захищена державними чи федеральними законами про конфіденційність.

Я розумію, що маю право отримати копію цього дозволу.

Підпис пацієнта: _____ Дата: _____

ПІБ друкованими літерами: _____

Якщо цей бланк заповнює особа, яка має юридичні повноваження діяти від імені особи, як-от батько/матір чи законний опікун неповнолітньої особи або медичний агент, заповніть таку інформацію:

ПІБ особи, яка заповнює цей бланк: _____

Підпис особи, яка заповнює цей бланк: _____

Дата: _____

Опишіть нижче, яким чином ця особа має законні повноваження підписувати цей бланк: _____

ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Наступні демографічні запитання використовуватимуться лише для звітності та аналізу. Надавати цю інформацію необов'язково. **Якщо ви не бажаєте надавати цю інформацію, це жодним чином не вплине на результат розгляду вашої скарги.**

1. МОВА

Бажана мова спілкування: _____

Чи хотіли б ви, щоб ми спілкувалися з вами бажаною мовою? Так Ні

2. РАСА ТА/АБО ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Яка ваша раса та/або етнічна приналежність?

Виберіть усі відповідні категорії та підкатегорії та вкажіть будь-яку додаткову інформацію в полях нижче. Зауважте, що ви можете вказати кілька груп.

АМЕРИКАНСЬКІ ІНДІАНЦІ або АБОРИГЕНИ АЛЯСКИ

Надайте деталі нижче.

Народ навахо Варіант запису: _____

АЗІЙЦІ ЧИ АМЕРИКАНЦІ АЗІЙСЬКОГО ПОХОДЖЕННЯ

Надайте деталі нижче.

Азійські індіанці Камбоджійці Китайці Філіппінці Хмонги Японці Корейці
 Лаосьці Пакистанці В'єтнамці Варіант запису: _____

ТЕМНОШКІРІ АБО АФРОАМЕРИКАНЦІ

Надайте деталі нижче.

Афроамериканці Барбадосці Ефіопи Ганійці Гаїтяни Ямайці Кенійці
 Нігерійці Сомалійці Південноафриканці Суданійці Варіант запису: _____

ЛАТИНОАМЕРИКАНЦІ

Надайте деталі нижче.

Колумбійці Кубинці Домініканці Еквадорці Гватемальці Гондурасці
 Мексиканці або американці мексиканського походження Пуерториканці Сальвадорці
 Іспанці Варіант запису: _____

МЕШКАНЦІ БЛИЗЬКОГО СХОДУ або ПІВНІЧНОАФРИКАНЦІ

Надайте деталі нижче.

Афганці Алжирці Вірмени Єгиптяни Іранці Іракці Ізраїльтяни Курди
 Ліванці Марокканці Сирійці Варіант запису: _____

КОРИННІ ГАВАЙЦІ чи ТИХООКЕАНСЬКІ ОСТРОВ'ЯНИ

Надайте деталі нижче.

Чаморро Чуукезе Фіджійці Гуаманці Маршальці Аборигени Гаваїв
 Палауанці Самоанці Таїтяни Тонганці Варіант запису: _____

БІЛОШКІРІ

Надайте деталі нижче.

- Нідерландці Англійці Французи Німці Ірландці Італійці Норвежці
 Поляки Португальці R Росіяни Шотландці
 Варіант запису: _____

3. ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ

Надайте деталі нижче.

- Жінка Чоловік Жінка-чоловік/трансгендерний чоловік/трансчоловік
 Чоловік-жінка/трансгендерна жінка/трансжінка Гендерквір (не винятково чоловік або жінка)
 Не знаю/не хочу вказувати Варіант запису: _____

ЗАКОН ПРО ІНФОРМАЦІЙНУ ПРАКТИКУ ВІД 1977 РОКУ, ПОВІДОМЛЕННЯ

Закон про інформаційну практику 1977 року (розділ 1798.17 Цивільного кодексу Каліфорнії) вимагає такого повідомлення:

- Розділ 127436 Кодексу охорони здоров'я та безпеки дає Департаменту медичної допомоги та обізнаності (HCAI) повноваження розслідувати скарги на виставлення рахунків лікарнями щодо виплати зі знижкою та/або виплати благодійної допомоги.
- Програма справедливого виставлення рахунків у лікарнях HCAI використовує вашу особисту інформацію для розслідування вашої скарги на виставлення рахунків у лікарні.
- You may provide this information to HCAI voluntarily, though it is not required. However, if you Ви можете надати цю інформацію HCAI добровільно, хоча це не обов'язково. Однак, якщо ви не надасте необхідну інформацію, HCAI може не мати змоги розслідувати вашу скаргу.
- За потреби HCAI може надати вашу особисту інформацію лікарні та постачальникам послуг для розслідування вашої скарги.
- HCAI також може передавати вашу інформацію іншим державним установам, якщо це вимагається або дозволяється законом.
- Ви маєте право переглядати свою особисту інформацію. Якщо вам потрібна додаткова інформація або у вас виникли запитання щодо конфіденційності ідентифікаційних даних, які зберігає HCAI, зверніться до спеціаліста з питань конфіденційності за адресою:

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/

ПЕРЕД ПОДАЧЕЮ СКАРГИ

Якщо ви хочете, щоб HCAI розслідував, чи лікарня неправомірно відмовила вам у допомозі з оплатою рахунків за лікування, ви повинні були вже подати заявку на фінансову допомогу в лікарні, де ви отримували послуги. Якщо ви ще не подали заявку у лікарні, вам слід зв'язатися з лікарнею для отримання додаткової інформації про те, як подати заявку. Якщо вам потрібна допомога, ви можете зателефонувати в Альянс здоров'я споживачів за номером 888-804-3536 або відвідати сайт healthconsumer.org для отримання додаткової інформації.

ЯК ПОДАТИ ЗАЯВКУ

1. Подайте заявку онлайн на HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (це найшвидший спосіб подання). Дотримуйтесь онлайн-інструкцій та підпишіть бланк скарги.
2. Якщо ви користуєтесь послугами уповноваженого представника, заповніть «Бланк для уповноваження представника».
3. Додайте копію вашої останньої форми W-2 або відомостей про заробітну плату за шість місяців.
4. Ви можете включити інші документи, які підтверджують ваш запит, наприклад будь-який із наведеного нижче.
 - Письмовий кошторис з лікарні.

- Будь-які документи, що підтверджують платежі за оплачені послуги.
- Будь-який зв'язок із представниками вашого плану медичного обслуговування або державною програмою страхування щодо оплачуваних послуг.
- Підтвердження того, що медичну заборгованість було передано стягувачу або є ризик того, що її передадуть стягувачу.
- Копія вашого кредитного звіту, якщо це вплинуло на вашу кредитну оцінку.

Будь ласка, зверніть увагу, що розглядатимуться лише документи, пов'язані з датами надання послуг, зазначеними у вашій скарзі.

5. Якщо ви не надсилаєте скаргу онлайн, надішліть свою бланк скарги та будь-які документи, що це підтверджують, на адресу:

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

ДОДАТОК ДЛЯ ІНШИХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ

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

Будь ласка, заповніть цю сторінку, якщо у вас є інші члени родини, яких ви бажаєте додати. Якщо потрібно більше місця, зробіть додаткові копії цієї сторінки, щоб надіслати її разом зі своєю скаргою.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО РОДИНУ

Для пацієнтів віком від 18 років вкажіть ПІБ, вік та родинні зв'язки: чоловік/дружина, сімейний партнер, діти віком до 21 року, які перебувають на утриманні (незалежно від того, проживають вони вдома чи ні).

Для пацієнтів віком до 18 років вкажіть ПІБ, вік та родинні зв'язки: батьки, родичі-опікуни, та інші діти батьків або родичів-опікунів віком до 21 року.

Номер	ПІБ	Вік	Ким ця особа є пацієнту
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

БЛАНК ДЛЯ УПОВНОВАЖЕННЯ ПРЕДСТАВНИКА

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- Якщо ви хочете надати іншій особі дозвіл представляти вас або допомогти вам із вашою скаргою, заповніть Частина А та В нижче.
- **Якщо ви є батьком/матір'ю або законним опікуном, який подає цю скаргу від імені дитини віком до 18 років, вам не потрібно заповнювати цей бланк.**
- Якщо ви подаєте цю скаргу від імені пацієнта і згідно із законом ви маєте право діяти від імені пацієнта, заповніть лише Частина В. Ви повинні додати копію документів, які надають вам законні повноваження діяти як уповноважений представник пацієнта.

ЧАСТИНА А: ЗАПОВНЮЄ ПАЦІЄНТ

Я дозволяю особі, вказаній нижче в Чащині В, діяти від мого імені стосовно моєї скарги, поданої до Департаменту медичної допомоги та обізнаності (HCAI). Я дозволяю персоналу HCAI ділитися з особою, зазначеною нижче, фінансовою інформацією, інформацією про мою(-ї) хворобу(-и) та пов'язане з цим лікування. Я розумію та визнаю, що ці записи можуть містити фінансову та медичну інформацію, інформацію про рахунки, психічне здоров'я, зловживання психоактивними речовинами, ВІЛ, звіти про діагностичні сканування та інші записи, пов'язані зі скаргою.

Я уповноважую свого представника добровільно, і я маю право припинити таке представництво. Якщо я хочу завершити представництво, я маю зробити це письмово.

1. Підпис пацієнта _____

2. ПІБ пацієнта друкованими літерами _____

3. Дата: _____

ЧАСТИНА В: ЗАПОВНЮЄ ОСОБА, ЯКА НАДАЄ ДОПОМОГУ ПАЦІЄНТУ

4. ПІБ пацієнта: _____

5. ПІБ уповноваженого представника: _____

6. Ким ви є пацієнту: _____

7. Поштова адреса, місто, штат, поштовий індекс (5 цифр), назва країни _____

8. Номер телефону _____

9. Адреса електронної пошти _____

10. Підпис уповноваженого представника _____

11. Дата _____

12. Я додаю свої документи, що підтверджують мої повноваження діяти як уповноважений представник пацієнта. (Позначте, якщо застосовно).