ФОРМА СКАРГИ НА РАХУНОК ЗА ПОСЛУГИ ЛІКАРНІ

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

- Ви можете подати скаргу онлайн за адресою: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- Щоб отримати безкоштовну допомогу щодо вашої скарги, ви можете звернутися до Альянсу споживачів медичних послуг (Health Consumer Alliance), відвідавши healthconsumer.org або зателефонувавши за номером (888) 804-3536.
- Ця програма не має юрисдикції (повноважень) щодо загальних суперечок стосовно виставлення рахунків і зборів, прозорості цін, добросовісних оцінок або виставлення рахунків постачальником послуг невідкладної допомоги (окрім плати за користування закладом).
- Якщо ви надсилаєте свої документи поштою, будь ласка, додавайте лише копії документів. **Не надсилайте оригінали, вони не будуть повернуті.**

РОЗДІЛ 1: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАЦІЄНТА

_____ _____

1. Ім'я, друге ім'я, прізвище 2. Бажане ім’я (необов’язково)

3. Стать: ☐ Жіноча ☐ Чоловіча ☐ Невідомо ☐ Не бажаю вказувати

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

6. Пацієнт є неповнолітнім? ☐ Так ☐ Ні

7. Для неповнолітніх пацієнтів, будь ласка, надрукуйте ім’я одного із батьків або законного опікуна: _____

_____

8. Поштова адреса, місто, штат, zip-код (5-значний), назва країни

_____ _____ _____

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

12. Чи допомагає вам подавати скаргу хтось, окрім батька, матері або законного опікуна дитини віком до 18 років? ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, будь ласка, заповніть «Форму уповноваженого представника» на сторінці 11.

РОЗДІЛ 2: ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ’Ю (НА МОМЕНТ НАДАННЯ ЛІКАРНЯНИХ ПОСЛУГ)

13. Розмір сім'ї: _____

Для пацієнтів віком від 18 років і старше до складу сім’ї входять: подружжя, цивільний партнер і діти, залежні від батьків, віком до 21 року або будь-якого віку, якщо вони є особами з обмеженістю, незалежно від того, проживають вони вдома чи ні. Для пацієнтів віком до 18 років або для дитини, залежної від батьків, віком від 18 до 20 років до складу сім’ї входять: батьки, родичі, що здійснюють догляд, а також інші діти, залежні від батьків або родичів, що здійснюють догляд, віком до 21 року, або будь-якого віку, якщо вони мають обмеженість. Якщо ви вказуєте більше ніж п’ятьох членів сім’ї, заповніть додаток на стор. 10.

Номер	Повне ім'я	Вік	Відношення до пацієнта
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

РОЗДІЛ 3: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРНЮ

14. Назва лікарні: _____

15. Адреса, місто, штат, zip-код (5-значний): _____

16. Дата надання послуг, за які лікарня виставляє рахунок: _____

Будь ласка, надайте копію будь-якого рахунку, якщо він є в наявності.

17. Чи сплачували ви будь-яку суму за відповідну(-і) послугу(-и)? ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

Якщо так, надайте підтверджуючі документи та дату останнього платежу, якщо є: _____

18. Чи подавали ви заявку на знижку або благодійну допомогу в лікарні перед тим, як подати цю скаргу? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ні, перейдіть до Розділу 4. *Якщо так, вкажіть дохід вашої сім'ї на дату, коли вам вперше виставили рахунок за послугу, або за 12 місяців до дати, коли вам вперше виставили рахунок за послуги.*

Дохід сім'ї пацієнта: _____

☐ Щотижнево ☐ Раз на два тижні ☐ Щомісяця ☐ Щорічно ☐ Інше: _____

19. Дата подання вами заявки на фінансову допомогу: _____

20. Вашу заявку на фінансову допомогу було відхилено? ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, дата апеляції, якщо застосовується: _____

РОЗДІЛ 4: ІНФОРМАЦІЯ ПРО МЕДИЧНИЙ ПЛАН

21. Чи була якась частина послуг лікарні покрита страховкою від нещасних випадків на виробництві, автомобільним страхуванням або іншою страховкою, не зазначеною вище?
☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

22. Чи були ви зараховані до медичного плану, страхового плану та/або державної страхової програми (наприклад, Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance тощо) на будь-які з дат надання послуг, про які йдеться? ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

Якщо так, для кожного типу страхування, будь ласка, вкажіть назву плану, дати набуття чинності страхування, ідентифікаційний номер учасника та, якщо можливо, позначте тип страхування у відповідному полі нижче.

_____ _____ _____

Основне страхування Дати страхування Ідентифікаційний номер учасника

☐ Комерційне/Роботодавець ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Додаткове страхування Medicare

_____	_____	_____
Додаткове страхування	Дати страхування	Ідентифікаційний номер учасника

☐ Комерційне/Роботодавець ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Додаткове страхування Medicare

_____	_____	_____
Інше страхування	Дати страхування	Ідентифікаційний номер учасника

☐ Комерційне/Роботодавець ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Додаткове страхування Medicare

_____	_____	_____
Інше страхування	Дати страхування	Ідентифікаційний номер учасника

☐ Комерційне/Роботодавець ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Додаткове страхування Medicare

23. Чи обробляв який-небудь медичний план, страховий план та/або державна страхова програма будь-які з вимог щодо послуг, за які лікарня виставляє рахунок?

☐ Так ☐ Ні ☐ Не застосовується ☐ Невідомо

РОЗДІЛ 5: ІНФОРМАЦІЯ ПРО СТЯГНЕННЯ БОРГУ

24. Чи продала лікарня цей медичний борг компанії зі стягення боргів, або чи існує ризик, що ваш борг буде переданий компанії зі стягення боргів? ☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо

25. Якщо так, чи було повідомлено про борг до кредитного бюро або чи вплинув він на ваш кредитний звіт/рейтинг?

☐ Так ☐ Ні ☐ Невідомо ☐ Не застосовується

Якщо так, будь ласка, надайте копію свого кредитного звіту.

26. Дата, коли борг було продано компанії зі стягення боргів, або дата, коли вас повідомили, що ваш лікарняний рахунок може бути переданий компанії зі стягення боргів, якщо це застосовується та відомо: _____

РОЗДІЛ 6: ІНФОРМАЦІЯ ПРО СКАРГУ

Опис змісту вашої скарги: _____

_____

_____

Уся інформація, яку я надав(-ла) при поданні цієї скарги, є правдивою та точною, наскільки мені відомо.

_____

Ім’я пацієнта (друкованими літерами)

_____

Підпис пацієнта або його законного представника

Зауважте: Якщо форму скарги підписує законний представник, необхідно заповнити«Форму уповноваженого представника».

Я надаю дозвіл Департаменту передати мою скаргу до Департаменту охорони здоров'я штату (State Department of Public Health) щодо питань, які виникли до 1 січня 2024 р. ☐ Так ☐ Ні

РОЗДІЛ 7: ОПРИЛЮДНЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ

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

Я, [надрукуйте ім’я пацієнта] _____, даю свій дозвіл [надрукуйте назву лікарні] _____ на передачу моєї повної медичної інформації, включаючи, але не обмежуючись, фінансовою інформацією, рахунками, медичними документами, документами щодо психічного здоров'я, документами, пов’язаними з розладами вживання психоактивних речовин та ВІЛ, звітами з діагностичної візуалізації та іншими документами, що стосуються скарги, яку я подав(-ла), або яка була подана від мого імені до Програми скарг на рахунки за лікарняні послуги (Hospital Bill Complaint Program, HBCP) Департаменту доступу до медичної допомоги та інформації Каліфорнії (Department of Health Care Access and Information, HCAI) з метою визначення, чи дотримувалася зазначена лікарня «Закону про справедливе виставлення рахунків лікарнями» (Hospital Fair Billing Act) та пов’язаних з ним нормативних актів.

Я розумію, що мої документи, пов’язані з розладами вживання психоактивних речовин (якщо такі є), захищені федеральними нормативними актами щодо конфіденційності та документації пацієнтів із розладами вживання психоактивних речовин (Substance Use Disorder Patient Records) (Код федеральніх правил, стаття 42, частина 2 (42 C.F.R., Part 2)) і «Законом про переносимість та підзвітність медичного страхування» 1996 року (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R. частини 160 і 164, і не можуть бути оприлюдненні без моєї письмової згоди, якщо інше не передбачено нормативними актами.

Цей дозвіл на оприлюднення моєї медичної інформації є дійсним до моменту прийняття рішення щодо моєї скарги в HCAI. Я розумію, що маю право відкликати цей дозвіл на передачу медичних даних у будь-який час, і можу зробити це письмово, надіславши листа за адресою:

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

Якщо цей дозвіл не буде відкликано, він втратить чинність через 12 місяців після дати мого підписання цієї форми або після закриття моєї скарги, залежно від того, що настане раніше. Відкликання набуде чинності, коли HBCP отримає мою письмову заяву, за винятком випадків, коли HBCP або інші вже скористалися моєю попередньою згодою на оприлюднення медичної інформації.

Я розумію, що цей дозвіл на оприлюднення медичної інформації є добровільним, але HBCP не може розглянути мою скаргу щодо рахунків за послуги лікарні без підписання цієї згоди.

Якщо це не вимагається законом, закон штату Каліфорнія забороняє HCAI подальше оприлюднення моєї медичної інформації, якщо HCAI не отримає інший дозвіл. Я розумію, що якщо я надав(-ла) дозвіл на оприлюднення моєї медичної інформації особі, яка не зобов'язана за законом зберігати її конфіденційність, ця інформація може більше не захищатися законами штату або федеральними законами про конфіденційність.

Я розумію, що маю право отримати копію цього дозволу.

Підпис пацієнта: _____ Дата: _____

Надрукуйте своє ім'я: _____

Якщо цю форму заповнює особа, яка має законні повноваження діяти від імені іншої особи, наприклад, батько, мати або законний опікун неповнолітнього особи чи представник з питань охорони здоров'я, будь ласка, надайте наступну інформацію:

Ім'я особи, яка заповнює цю форму: _____

Підпис особи, яка заповнює цю форму: _____

Дата: _____

Опишіть нижче, на якій підставі ця особа має юридичні повноваження підписувати цю форму:

_____

ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Наступні демографічні запитання будуть використані лише для звітності та аналітики. **Ця інформація є необов'язковою. Якщо ви не бажаєте надавати цю інформацію, це жодним чином не вплине на результат розгляду вашої скарги.**

1. МОВА

Бажана мова спілкування: _____

Бажаєте, щоб ми спілкувалися з вами вашою бажаною мовою? ☐ Так ☐ Ні

2. РАСА ТА/АБО ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ

Яка ваша раса та/або етнічна приналежність?
Виберіть усі відповідні категорії та підкатегорії й введіть додаткову інформацію у поля нижче. Зверніть увагу, ви можете вказати кілька груп.

АМЕРИКАНСЬКИЙ ІНДІАНЕЦЬ або КОРІННИЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Навахо ☐ Власний варіант: _____

АЗІАТ АБО АЗІЙСЬКИЙ АМЕРИКАНЕЦЬ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Азійський індієць ☐ Камбоджієць ☐ Китаєць ☐ Філіппінець ☐ Хмонг ☐ Японець ☐ Кореєць
☐ Каосець ☐ Пакистанець ☐ В'єтнамець ☐ Власний варіант: _____

ЧОРНОШКІРИЙ АБО АФРОАМЕРИКАНЕЦЬ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Афроамериканець ☐ Барбадієць ☐ Ефіоп ☐ Ганець ☐ Гаїтянин ☐ Ямаєць ☐ Кенієць
☐ Нігерієць ☐ Сомалієць ☐ Південноафриканець ☐ Суданець ☐ Власний варіант: _____

ІСПАНОМОВНИЙ або ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦЬ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Колумбієць ☐ Кубинець ☐ Домініканець ☐ Еквадорець ☐ Гватемалець ☐ Гондурасець
☐ Мексиканець або американець мексиканського походження ☐ Пуерториканець ☐ Сальвадорець ☐ Іспанець
☐ Власний варіант: _____

ЖИТЕЛЬ БЛИЗЬКОГО СХОДУ або ЖИТЕЛЬ ПІВНІЧНОЇ АФРИКИ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Афганець ☐ Алжирець ☐ Вірменин ☐ Єгиптянин ☐ Іранець ☐ Іракець ☐ Ізраїльтянин ☐ Курд
☐ Ліванець ☐ Марокканець ☐ Сирійець ☐ Власний варіант: _____

УРОДЖЕНЕЦЬ ГАВАЙСЬКИХ ОСТРОВІВ або ОСТРОВІВ ТИХОГО ОКЕАНУ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Чаморро ☐ Чуукець ☐ Фіджієць ☐ Гуамець ☐Маршаллець ☐ Корінний гавайець ☐ Палауанець
☐ Самоанець ☐ Таїтянець ☐ Тонганець ☐ Власний варіант: _____
БІЛИЙ ☐
Надайте інформацію нижче.
☐ Нідерландець ☐ Англієць ☐ Француз ☐ Німець ☐ Ірландець ☐ Італієць ☐ Норвег ☐ Поляк
☐ Португалець ☐ Росіянин ☐ Шотландець ☐ Власний варіант: _____

3. ГЕНДЕРНА ІДЕНТИЧНІСТЬ
Надайте інформацію нижче.
☐ Жіноча ☐ Чоловіча ☐ З жінки-в-чоловіка/трансгендерний чоловік/транс-чоловік
☐ З чоловіка-у-жінку/трансгендерна жінка/транс-жінка
☐ Гендерквір (не виключно чоловік або жінка) ☐ Не знаю/не бажаю відповідати
☐ Власний варіант: _____

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ЗАКОН ПРО ПРАКТИКИ ОБРОБКИ ІНФОРМАЦІЇ 1977 РОКУ

Закон про практику обробки інформації (Information Practices Act) 1977 року (розділ 1798.17 Цивільного кодексу Каліфорнії (California Civil Code section 1798.17)) вимагає надання наступного повідомлення:

- Розділ 127436 «Закону про охорону здоров'я та безпеку» (Health and Safety Code) надає Департаменту доступу до медичної допомоги та інформації (Department of Health Care Access and Information, HCAI) повноваження розслідувати скарги на виставлення рахунків за послуги лікарні, що стосуються політик лікарні щодо знижок на оплату та/або благодійної допомоги.
- Програма справедливого виставлення рахунків лікарнями (Hospital Fair Billing Program) HCAI використовує вашу особисту інформацію для розслідування вашої скарги на рахунок за послуги лікарні.
- Ви можете надати цю інформацію HCAI добровільно, хоча це не є обов'язковим. Однак, якщо ви не надасте запитувану інформацію, HCAI може не мати змоги розслідувати вашу скаргу.
- HCAI може передавати вашу особисту інформацію, за потреби, 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 є запитання щодо конфіденційності персональних даних, які зберігаються HCAI, будь ласка, звертайтеся до уповноваженого з питань конфіденційності (Privacy Officer) 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 ПОДАННЯМ

Якщо ви бажаєте, щоб HCAI розслідувала, чи було вам неправомірно відмовлено лікарнею у допомозі з оплатою медичних рахунків, ви повинні були вже подати заяву на фінансову допомогу в тій лікарні, де отримували послуги. Якщо ви ще не подали заявку до лікарні, вам слід звернутися до лікарні, щоб отримати додаткову інформацію про те, як подати заяву. Якщо вам потрібна допомога, ви можете зателефонувати до Альянсу споживачів медичних послуг (Health Consumer Alliance) за номером (888) 804-3536 або відвідати healthconsumer.org для отримання додаткової інформації.

ЯК ПОДАТИ

1. Подайте онлайн на HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (це найшвидший спосіб подати скаргу).
   Дотримуйтесь інструкцій онлайн та підпишіть форму скарги.
2. Якщо ви користуєтеся послугами уповноваженого представника, заповніть «Форму уповноваженого представника».

3. Додайте копію вашої останньої податкової декларації або останніх платіжних квитанцій.
4. Ви можете додати інші документи, які підтверджують вашу заяву, наприклад, будь-які з наведених нижче:
    - Письмовий розрахунок вартості послуг від лікарні.
    - Будь-яка документація, що підтверджує здійснені платежі за послуги, вказані в рахунку.
    - Будь-яке спілкування з вашим медичною страховою компанією або державною страховою програмою щодо послуг, вказаних в рахунку.
    - Доказ того, що медичний борг було продано компанії зі стягення боргів або існування ризику його передачі компанії зі стягення боргів.
    - Копія вашого кредитного звіту у разі впливу на ваш кредитний рейтинг.

    Зверніть увагу, що буде розглядатися лише документація, яка стосується дати (дат) надання послуг, зазначених у вашій скарзі.

5. Якщо ви не подаєте скаргу онлайн, будь ласка, надішліть вашу форму скарги та будь-які підтверджуючі документи за адресою:

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

ДОДАТОК ПРО ДОДАТКОВОГО ЧЛЕНА СІМ'Ї

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

Будь ласка, заповніть цю сторінку, якщо ви вказуєте додаткових членів сім’ї. Якщо вам потрібно більше місця, будь ласка, зробіть додаткові копії цієї сторінки для подання разом із вашою скаргою.

ІНФОРМАЦІЯ ПРО СІМ'Ю

Для пацієнтів віком від 18 років і старше до складу сім’ї входять: подружжя, цивільний партнер і діти, залежні від батьків, віком до 21 року або будь-якого віку, якщо вони є особами з обмеженістю, незалежно від того, проживають вони вдома чи ні. Для пацієнтів віком до 18 років або для дитини, залежної від батьків, віком від 18 до 20 років до складу сім’ї входять: батьки, родичі, що здійснюють догляд, а також інші діти, залежні від батьків або родичів, що здійснюють догляд, віком до 21 року, або будь-якого віку, якщо вони мають обмеженість.

Номер	Повне ім'я	Вік	Відношення до пацієнта
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

ФОРМА УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА

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

- Якщо ви бажаєте надати іншій особі дозвіл представляти вас або допомагати вам із вашою скаргою, заповніть частини A та B нижче.
- **Якщо ви є одним із батьків або законним опікуном і подаєте цю скаргу від імені дитини віком до 18 років, вам не потрібно заповнювати цю форму.**
- Якщо ви подаєте цю скаргу від імені пацієнта і за законом уповноважені діяти від імені пацієнта, будь ласка, заповніть лише Частину B. Ви повинні додати копію документації, яка надає вам законне право діяти як уповноважений представник пацієнта.

ЧАСТИНА A: ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ПАЦІЄНТОМ

Я дозволяю особі, зазначеній нижче у Частині B, діяти від мого імені щодо моєї скарги, поданій до Департаменту доступу до медичної допомоги та інформації (Department of Health Care Access and Information, HCAI). Я дозволяю працівникам HCAI передавати фінансову інформацію та інформацію про мій медичний стан(-и) і пов’язаний догляд особі, зазначеній нижче. Я розумію та підтверджую, що ці документи можуть містити фінансову інформацію, рахунки, медичні дані, дані про психічне здоров'я, дані про вживання психоактивних речовин, дані про ВІЛ, звіти з діагностичної візуалізації та іншу документацію, пов’язану зі скаргою.

Моє схвалення цього представництва є добровільним, і я маю право його припинити. Якщо я захочу припинити представництво, я повинен(-на) зробити це письмово.

_____ _____

1. Підпис пацієнта 2. Надрукуйте ім’я пацієнта

3. Дата: _____

ЧАСТИНА B: ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ОСОБОЮ, ЯКА ДОПОМАГАЄ ПАЦІЄНТУ

4. Ім'я пацієнта: _____

5. Ім'я уповноваженого представника: _____

6. Відношення до пацієнта: _____

_____

7. Поштова адреса, місто, штат, zip-код (5-значний), назва країни

_____ _____

8. Номер телефону 9. Адреса електронної пошти

_____ _____

10. Підпис уповноваженого представника 11. Дата

12. ☐ Моя документація, що підтверджує мої повноваження діяти як уповноважений представник пацієнта, додається. (Позначте, якщо застосовується).