

ĐƠN KHIẾU NẠI HÓA ĐƠN BỆNH VIỆN

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

- ✓ Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tuyến tại: HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- ✓ Để được hỗ trợ điền đơn khiếu nại miễn phí, quý vị có thể liên hệ với Health Consumer Alliance bằng cách truy cập healthconsumer.org, hoặc gọi tới số (888) 804-3536.
- ✓ Để Sở Thông Tin và Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Access and Information, HCAI) điều tra xem có phải bệnh viện đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế của quý vị hay không, thì quý vị phải đã đăng ký thanh toán giảm giá và/hoặc chăm sóc từ thiện **trước khi nộp đơn khiếu nại này**.
- ✓ Nếu quý vị gửi tài liệu qua đường bưu điện, vui lòng chỉ đính kèm bản sao. **Không gửi bản gốc vì chúng tôi sẽ không trả lại.**

PHẦN 1: THÔNG TIN BỆNH NHÂN

1. Tên, Tên Đệm, Họ _____ 2. Tên Ưa Thích (không bắt buộc) _____
3. Giới Tính: Nữ Nam Không rõ định Không muốn trả lời
4. Ngày Sinh: _____ 5. Có phải bệnh nhân đã qua đời? Phải Không
6. Có phải bệnh nhân là trẻ vị thành niên? Phải Không
7. Đối với bệnh nhân trẻ vị thành niên, vui lòng viết in hoa tên của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp: _____

8. Địa Chỉ Thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP (5 chữ số), Tên Quốc Gia _____

9. Số Điện Thoại Chính _____ 10. Số Điện Thoại Phụ _____ 11. Địa chỉ email _____

12. Có phải người khác, ngoài phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ dưới 18 tuổi, đang giúp quý vị nộp đơn khiếu nại? Phải Không*If yes, please complete the Authorized Representative form.***PHẦN 2: THÔNG TIN GIA ĐÌNH**

Đối với bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, cung cấp đầy đủ họ tên, tuổi tác và mối quan hệ sau: vợ/chồng, bạn đời và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi (cho dù có sống chung nhà hay không). Đối với bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi, cung cấp đầy đủ họ tên, tuổi tác và mối quan hệ sau: phụ huynh, người chăm sóc là họ hàng và con cái khác dưới 21 tuổi của phụ huynh hoặc người chăm sóc là họ hàng. (Dùng phụ lục ở trang 10 nếu cần liệt kê nhiều hơn 6 thành viên gia đình.)

STT	Họ Tên	Tuổi	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

PHẦN 3: THÔNG TIN BỆNH VIỆN

13. Tên bệnh viện: _____

14. Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP (5 chữ số)

15. Ngày nhập viện: _____ 16. Ngày xuất viện: _____

17. Bệnh viện có gửi bản dự toán chi phí cho quý vị không? Phải Không*Nếu câu trả lời là có, hãy đính kèm tài liệu hỗ trợ, nếu áp dụng.*

18. (Các) Ngày tiếp nhận dịch vụ được bệnh viện lập hóa đơn: _____

Nếu có nhiều lần nhập viện hoặc nhiều ngày tiếp nhận dịch vụ khác nhau, vui lòng gửi khiếu nại riêng cho từng lần/ngày.

19. Quý vị đã trả số tiền nào cho (các) dịch vụ đang đề cập đến chưa?

 Phải Không Không rõ*Nếu câu trả lời là rồi, hãy cung cấp tài liệu hỗ trợ và cho biết ngày thanh toán cuối, nếu áp dụng:***PHẦN 4: THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE**

20. Dịch vụ bệnh viện có liên quan đến thương tích do bên thứ ba gây ra (chẳng hạn như tai nạn xe, hoạt động tội phạm hoặc thương tích liên quan đến công việc) không?:

 Phải Không Không rõ21. Quý vị có ghi danh tham gia chương trình bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm và/hoặc chương trình bảo hiểm chính phủ (tức là Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance, v.v.) cho bất kỳ ngày tiếp nhận dịch vụ nào đang đề cập đến không? Phải Không Không rõ*Nếu câu trả lời là có, với mỗi loại bảo hiểm, vui lòng ghi rõ tên chương trình, thời hạn hiệu lực, số ID hội viên và đánh dấu vào loại bảo hiểm bên dưới, nếu áp dụng.*

Bảo Hiểm Chính	Thời Hạn Hiệu Lực	Số ID Hội Viên
----------------	-------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Thương Mại/Chủ Lao Động	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Bảo Hiểm Phụ	Thời Hạn Hiệu Lực	Số ID Hội Viên
--------------	-------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Thương Mại/Chủ Lao Động	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Bảo Hiểm Khác	Thời Hạn Hiệu Lực	Số ID Hội Viên
---------------	-------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Thương Mại/Chủ Lao Động	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--

Bảo Hiểm Khác	Thời Hạn Hiệu Lực	Số ID Hội Viên
---------------	-------------------	----------------

<input type="checkbox"/> Thương Mại/Chủ Lao Động	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare Supplemental Insurance
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--

22. Chương trình bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm và/hoặc chương trình bảo hiểm chính phủ đã xử lý bất kỳ yêu cầu thanh toán nào cho dịch vụ được bệnh viện lập hóa đơn chưa?

Phải Không Không Áp Dụng Không rõ

23. Nếu câu trả lời là rồi, bệnh nhân đã gửi khiếu nại hoặc kháng nghị với chương trình bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm chính phủ về quyết định từ chối chưa?

Phải Không Không Áp Dụng Không rõ

Nếu câu trả lời là rồi, hãy đính kèm bản sao thư quyết định từ chương trình bảo hiểm y tế, chương trình bảo hiểm hoặc chương trình bảo hiểm chính phủ, đồng thời ghi rõ ngày giải quyết khiếu nại hoặc kháng nghị, nếu áp dụng.

24. Ngày giải quyết khiếu nại hoặc kháng nghị, nếu áp dụng và thích hợp: _____

PHẦN 5: THÔNG TIN THU NỢ

25. Có phải bệnh viện đã bán khoản nợ y tế này cho bên thu nợ hoặc quý vị đang có nguy cơ bị chuyển đến bên thu nợ không? Phải Không Không rõ

26. Nếu câu trả lời là phải, khoản nợ có được báo cáo cho văn phòng tín dụng không hay khoản nợ có ảnh hưởng đến điểm/báo cáo tín dụng của quý vị không?

Phải Không Không rõ Không Áp Dụng

Nếu câu trả lời là có, vui lòng cung cấp bản sao báo cáo tín dụng của quý vị.

27. Tên bên thu nợ, nếu áp dụng và thích hợp: _____

28. Ngày khoản nợ được bán cho bên thu nợ, nếu áp dụng và thích hợp: _____

29. Số tài khoản, nếu áp dụng và thích hợp: _____

Tất cả thông tin tôi đã cung cấp khi điền đơn khiếu nại này là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tên Bệnh Nhân (Viết In Hoa)

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người đại diện theo pháp luật

Lưu Ý: Nếu bệnh nhân không thể tự đưa ra quyết định y tế và/hoặc tài chính, đồng thời muốn người đại diện giúp gửi đơn khiếu nại, hoặc trong trường hợp bệnh nhân đã qua đời, vui lòng điền Mẫu Đơn Dành Cho Người Đại Diện Được Ủy Quyền đính kèm. Nếu không lấy được chữ ký hợp lệ của bệnh nhân, Người Đại Diện Được Ủy Quyền phải cung cấp bằng chứng là tài liệu trao thẩm quyền cho phép họ làm người đại diện được ủy quyền của bệnh nhân (tức là Giấy Ủy Quyền, tài liệu Quyền Bảo Hộ, Giấy Chỉ Định Người Thực Thi Di Chúc, v.v.).

PHẦN 6: TIẾT LỘ THÔNG TIN

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

Tôi, [tên bệnh nhân viết in hoa] _____ cho phép [tên bệnh viện viết in hoa] _____ chia sẻ hồ sơ sức khỏe hoàn thiện của tôi, bao gồm nhưng không giới hạn ở thông tin tài chính, hóa đơn, y tế, sức khỏe tâm thần, rối loạn sử dụng chất gây nghiện, HIV, báo cáo chẩn đoán hình ảnh và các hồ sơ khác liên quan đến khiếu nại đã gửi bởi tôi hoặc thay mặt tôi, với Sở Thông Tin và Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California (HCAI), Chương Trình Khiếu Nại Hóa Đơn Bệnh Viện (Hospital Bill Complaint Program, HBCP) để xác định xem bệnh viện có tên trên có tuân thủ Đạo Luật Thanh Toán Hóa Đơn Bệnh Viện Công Bằng (Hospital Fair Billing Act) và các quy định liên quan không.

Tôi hiểu rằng hồ sơ rối loạn sử dụng chất gây nghiện của mình, nếu có, được bảo vệ theo quy định của liên bang về bảo mật và Hồ Sơ Bệnh Án Rối Loạn Sử Dụng Chất Gây Nghiện (Substance Use Disorder Patient Records) 42 C.F.R., Phần 2 và Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) năm 1996, 45 C.F.R. điểm 160 & 164, và sẽ không được tiết lộ khi tôi chưa đồng ý bằng văn bản, trừ khi có quy định khác.

Quyết định ủy quyền cho phép chia sẻ thông tin sức khỏe của tôi có hiệu lực cho đến khi đơn khiếu nại gửi HCAI được giải quyết. Tôi hiểu rằng tôi được phép thu hồi quyết định ủy quyền cho phép chia sẻ dữ liệu sức khỏe này bất kỳ lúc nào và tôi phải thu hồi quyết định bằng cách gửi thư đến:

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

Trừ khi có quyết định thu hồi khác, nếu không, ủy quyền này sẽ hết hiệu lực sau 12 tháng kể từ ngày tôi ký đơn này hoặc khi đơn khiếu nại của tôi được giải quyết, tùy theo sự kiện nào xảy ra trước. Quyết định thu hồi sẽ có hiệu lực khi HBCP tiếp nhận yêu cầu bằng văn bản của tôi, ngoại trừ những phần mà HBCP hoặc bên khác đã tiết lộ theo quyết định chấp thuận cho phép tiết lộ thông tin y tế trước đó của tôi.

Tôi hiểu rằng quyết định ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe này là tự nguyện, nhưng HBCP sẽ không thể xử lý khiếu nại về hóa đơn bệnh viện của tôi nếu tôi không ký ủy quyền cho phép tiết lộ này.

Trừ khi pháp luật yêu cầu, nếu không, luật pháp California nghiêm cấm HCAI tiết lộ thêm thông tin sức khỏe của tôi trừ khi HCAI nhận được quyết định ủy quyền khác. Tôi hiểu rằng nếu tôi đã ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của mình cho người

khác không phải chịu quy định bảo mật theo luật pháp thì thông tin đó sẽ không còn được bảo vệ theo luật bảo mật của tiểu bang hoặc liên bang.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận bản sao quyết định ủy quyền này.

Chữ Ký của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Viết in hoa tên quý vị: _____

Nếu đơn này do cá nhân có thẩm quyền hành động thay mặt cá nhân khác điền, chẳng hạn như phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe, vui lòng hoàn thiện thông tin sau:

Tên cá nhân điền đơn này: _____

Chữ ký của cá nhân điền đơn này: _____

Ngày: _____

Mô tả bên dưới cách cá nhân này có quyền ký đơn này: _____

THÔNG TIN NHÂN KHẨU

Các câu hỏi về thông tin nhân khẩu sau chỉ được sử dụng cho mục đích báo cáo và phân tích. **Thông tin này không bắt buộc. Nếu quý vị không muốn cung cấp thông tin này cũng không ảnh hưởng đến kết quả khiếu nại, theo bất kỳ cách nào.**

1. NGÔN NGỮ

Ngôn Ngữ Nói Ưu Tiên: _____

Quý vị có muốn chúng tôi trao đổi với quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên không? Phải Không

2. CHủng Tộc VÀ/HOẶC DÂN TỘC

Quý vị mang chủng tộc và/hoặc dân tộc gì?

Chọn tất cả danh mục và danh mục con phù hợp và ghi thêm thông tin chi tiết vào chỗ trống bên dưới. Lưu ý: quý vị có thể báo cáo nhiều nhóm.

NGƯỜI MỸ GỐC ÁN hoặc NGƯỜI BẢN ĐỊA ALASKA

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

Người Xứ Navajo Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI CHÂU Á HOẶC NGƯỜI MỸ GỐC Á

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

Người Ấn Độ Gốc Á Người Campuchia Người Hoa Người Philippines Người H'Mông

Người Nhật Người Hàn Người Lào Người Pakistan Người Việt

Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI DA ĐEN HOẶC NGƯỜI MỸ GỐC PHI

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

Người Mỹ Gốc Phi Người Barbados Người Ethiopia Người Ghana Người Haiti

Người Jamaica Người Kenya Người Nigeria Người Somali Người Nam Phi

Người Sudan Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI MỸ GỐC LA TINH hoặc TÂY BAN NHA

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

Người Colombia Người Cuba Người Dominica Người Ecuador Người Guatemala

Người Honduras Người Mexico hoặc Người Mỹ Gốc Mexico Người Puerto Rico

Người Salvador Người Tây Ban Nha Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI MỸ GỐC TRUNG ĐÔNG hoặc BẮC PHI

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

Người Afghanistan Người Algeria Người Armenia Người Ai Cập Người Iran

Người Iraq Người Israel Người Kurd Người Lebanon Người Maroc Người Syria

Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI HAWAII BẢN ĐỊA hoặc NGƯỜI DÂN ĐẢO THÁI BÌNH DƯƠNG

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

- Người Chamorro Người Chuuk Người Fiji Người Guamania Người Marshall
 Người Hawaii Bản Địa Người Palau Người Samoa Người Tahiti Người Tonga
 Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI DA TRẮNG

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

- Người Hà Lan Người Anh Người Pháp Người Đức Người Ireland Người Ý
 Người Na Uy Người Ba Lan Người Bồ Đào Nha Người Nga Người Scotland
 Tùy chọn ghi thêm: _____

3. BẢN DẠNG GIỚI

Cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.

- Nữ Nam Nữ sang Nam/Người Chuyển Giới Nam/Chuyển Giới Nam
 Nam sang Nữ/Người Chuyển Giới Nữ/Chuyển Giới Nữ
 Phi Nhị Nguyên Giới (không phân loại hoàn toàn trong hai giới nam hoặc nữ)
 Chưa xác định/Không muốn trả lời Tùy chọn ghi thêm: _____

Privacy THÔNG BÁO ĐẠO LUẬT THỰC HÀNH THÔNG TIN NĂM 1977

Đạo Luật Thực Hành Thông Tin (Information Practices Act) năm 1977 (Bộ Luật Dân Sự California (California Civil Code) mục 1798.17) yêu cầu thông báo như sau:

- Bộ Luật về An Toàn và Sức Khỏe (Health and Safety Code) mục 127436 trao cho Sở Thông Tin và Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (HCAI) quyền điều tra khiếu nại hóa đơn bệnh viện liên quan đến chính sách thanh toán giảm giá và/hoặc chăm sóc từ thiện của bệnh viện.
- Chương Trình Thanh Toán Hóa Đơn Bệnh Viện Công Bằng (Hospital Fair Billing Program) của HCAI sử dụng thông tin cá nhân của quý vị để điều tra khiếu nại của quý vị về hóa đơn bệnh viện.
- Quý vị có thể tự nguyện cung cấp thông tin này cho HCAI mặc dù không bắt buộc. Tuy nhiên, nếu quý vị không cung cấp thông tin được yêu cầu, HCAI sẽ không thể điều tra khiếu nại của quý vị.
- HCAI có thể chia sẻ thông tin cá nhân của quý vị, nếu cần, với bệnh viện và nhà cung cấp để điều tra khiếu nại.
- HCAI cũng có thể chia sẻ thông tin của quý vị với các cơ quan chính phủ khác, nếu luật pháp yêu cầu hoặc cho phép.
- Quý vị có quyền xem thông tin cá nhân của mình. Nếu quý vị cần thêm thông tin hoặc có thắc mắc về quyền riêng tư đối với dữ liệu nhận dạng cá nhân do HCAI nắm giữ, vui lòng liên hệ với Cán Bộ Phụ Trách Quyền Riêng Tư theo địa chỉ:

Department of Health Care Access and Information
Officer
2020 West El Camino, Suite 800
Sacramento, CA 95833
Privacy.Officer@HCAI.ca.gov
hcai.ca.gov/home/privacy-policy/

TRƯỚC KHI NỘP ĐƠN

Nếu quý vị muốn HCAI điều tra xem có phải bệnh viện đã nhầm lẫn khi từ chối yêu cầu trợ giúp thanh toán hóa đơn y tế của quý vị hay không, thì quý vị phải đã đăng ký tham gia trợ cấp tài chính tại bệnh viện tiếp nhận dịch vụ. Nếu chưa đăng ký với bệnh viện, quý vị phải liên hệ bệnh viện để biết thêm thông tin về cách đăng ký. Nếu cần trợ giúp, quý vị có thể gọi Health Consumer Alliance theo số 888-804-3536 hoặc truy cập healthconsumer.org để biết thêm thông tin.

CÁCH NỘP ĐƠN

1. Nộp đơn trực tuyến tại HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (đây là cách nộp đơn nhanh nhất). Làm theo các hướng dẫn trực tuyến và ký Đơn Khiếu Nại.
2. Nếu quý vị nhờ Người Đại Diện Được Ủy Quyền nộp đơn, hãy điền “Mẫu Đơn Dành Cho Người Đại Diện Được Ủy Quyền”.
3. Đính kèm bản sao W-2 hoặc cuống phiếu lương 6 tháng gần đây.
4. Quý vị có thể đính kèm các tài liệu khác hỗ trợ yêu cầu của quý vị, chẳng hạn như bất kỳ tài liệu nào sau đây:
 - Bản dự toán chi phí của bệnh viện.
 - Bất kỳ tài liệu nào cho thấy đã thanh toán dịch vụ được lập hóa đơn.
 - Bất kỳ thư từ trao đổi nào với chương trình bảo hiểm y tế hoặc chương trình bảo hiểm chính phủ của quý vị về dịch vụ được lập hóa đơn.

- Bằng chứng về việc khoản nợ y tế đã được bán cho bên thu nợ hoặc có nguy cơ bị chuyển cho bên thu nợ.
- Bản sao báo cáo tín dụng nếu điểm tín dụng của quý vị bị ảnh hưởng.

Lưu ý: Chúng tôi chỉ xem xét tài liệu liên quan đến (các) ngày tiếp nhận dịch vụ được liệt kê trong đơn khiếu nại của quý vị.

5. Nếu không gửi trực tuyến, quý vị vui lòng gửi Đơn Khiếu Nại và mọi tài liệu hỗ trợ qua đường bưu điện đến:

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

PHỤ LỤC THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH BỔ SUNG

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

Vui lòng điền trang này nếu quý vị cần ghi thêm thành viên gia đình. Nếu cần thêm chỗ, vui lòng in thêm trang này để gửi cùng đơn khiếu nại.

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Đối với bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, cung cấp đầy đủ họ tên, tuổi tác và mối quan hệ sau: vợ/chồng, bạn đời, con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi (cho dù có sống chung nhà hay không). Đối với bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi, cung cấp đầy đủ họ tên, tuổi tác và mối quan hệ sau: phụ huynh, người chăm sóc là họ hàng và con cái khác dưới 21 tuổi của phụ huynh hoặc người chăm sóc là họ hàng.

STT	Họ Tên	Tuổi	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

MẪU ĐẠI DIỆN ỦY QUYỀN

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- Nếu quý vị muốn cho phép người khác thay mặt hoặc hỗ trợ quý vị giải quyết khiếu nại, hãy điền Phần A và B bên dưới.
- **Nếu quý vị là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp gửi đơn khiếu nại này thay trẻ dưới 18 tuổi, quý vị không cần điền biểu mẫu này.**
- Nếu quý vị nộp đơn khiếu nại này thay bệnh nhân và được pháp luật chỉ định hành động thay mặt bệnh nhân đó, vui lòng chỉ điền Phần B. Quý vị phải đính kèm bản sao tài liệu trao thẩm quyền cho phép quý vị làm người đại diện được ủy quyền của bệnh nhân.

PHẦN A: DO BỆNH NHÂN ĐIỀN

Tôi cho phép cá nhân có tên trong Phần B dưới đây thay mặt tôi nộp đơn khiếu nại tới Sở Thông Tin và Tiếp Cận Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe (Department of Health Care Access and Information, HCAI). Tôi cho phép nhân viên HCAI chia sẻ thông tin tài chính, thông tin về tình trạng bệnh lý cũng như dịch vụ chăm sóc liên quan của tôi với cá nhân có tên bên dưới. Tôi hiểu và thừa nhận rằng những hồ sơ này có thể bao gồm thông tin tài chính, hóa đơn, y tế, sức khỏe tâm thần, lạm dụng chất gây nghiện, HIV, báo cáo chẩn đoán hình ảnh và các hồ sơ khác liên quan đến khiếu nại.

Tôi tự nguyện chấp thuận quan hệ đại diện này và tôi có quyền chấm dứt quan hệ đại diện. Khi muốn chấm dứt, tôi phải thực hiện bằng văn bản.

 1. Chữ Ký của Bệnh Nhân

 2. Tên Bệnh Nhân Viết In Hoa

3. Ngày: _____

PHẦN B: DO NGƯỜI HỖ TRỢ BỆNH NHÂN ĐIỀN

4. Tên Bệnh Nhân: _____

5. Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____

6. Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

 7. Địa Chỉ Thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP (5 chữ số), Tên Quốc Gia

 8. Số Điện Thoại

 9. Địa chỉ email

 10. Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

 11. Ngày

12. Tôi đã đính kèm tài liệu trao thẩm quyền cho phép tôi làm người đại diện được ủy quyền của bệnh nhân. (Đánh dấu nếu áp dụng).