ĐƠN KHIẾU NẠI HÓA ĐƠN BỆNH VIỆN

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

- Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại trực tuyến tại địa chỉ: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- Để được hỗ trợ điền đơn khiếu nại miễn phí, quý vị có thể liên hệ với Health Consumer Alliance bằng cách truy cập trang mạng healthconsumer.org, hoặc gọi tới số (888) 804-3536.
- Chương trình này không có thẩm quyền (quyền hạn) đối với các tranh chấp về thanh toán và phí chung, tính minh bạch giá cả/ước tính chi phí, Ước Tính Thiện Chí hoặc việc lập hóa đơn của nhà cung cấp dịch vụ phòng cấp cứu (ngoại trừ phí cơ sở vật chất).
- Nếu quý vị gửi tài liệu qua đường bưu điện, vui lòng chỉ đính kèm bản sao của các tài liệu. **Không nên gửi các bản gốc, vì chúng tôi sẽ không hoàn 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 ☐ Không muốn trả lời

4. Ngày Sinh: _____ 5. Có phải bệnh nhân đã qua đời? ☐ Có ☐ Không

6. Có phải bệnh nhân là trẻ vị thành niên? ☐ Có ☐ Không

7. Đối với bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng viết in hoa tên của phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp: _____

_____

8. Địa Chỉ Gửi 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? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, vui lòng hoàn thành Mẫu Đơn Người Đại Diện Được Ủy Quyền ở trang 11.

PHẦN 2: THÔNG TIN GIA ĐÌNH (TẠI THỜI ĐIỂM CUNG CẤP DỊCH VỤ BỆNH VIỆN)

13. Số Thành Viên Trong Hộ Gia Đình: _____

Đối với bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, gia đình bao gồm những người sau: vợ/chồng, người bạn đời sống chung không kết hôn và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi, hoặc bất kể tuổi tác nếu bị khuyết tật, dù sống chung nhà hay không. Đối với bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi, hoặc con phụ thuộc từ 18 đến 20 tuổi, gia đình bao gồm những người sau: phụ huynh, người thân chăm sóc và những người con phụ thuộc khác của phụ huynh hoặc người thân chăm sóc dưới 21 tuổi, hoặc bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật. Nếu liệt kê nhiều hơn năm thành viên gia đình, vui lòng điền vào phụ lục ở trang 10.

Số Thứ Tự	Họ Tên	Tuổi	Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

PHẦN 3: THÔNG TIN BỆNH VIỆN

14. Tên Bệnh Viện: _____

15. Địa Chỉ, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã ZIP (5 chữ số): _____

16. Ngày (các) dịch vụ được bệnh viện lập hóa đơn: _____

Vui lòng cung cấp bản sao của bất kỳ hóa đơn nào, nếu có.

17. Quý vị đã thanh toán bất kỳ khoản tiền nào cho dịch vụ được đề cập chưa?
☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

Nếu có, vui lòng cung cấp tài liệu hỗ trợ và cho biết ngày thanh toán cuối cùng, nếu có: _____

18. Quý vị đã nộp đơn xin giảm giá thanh toán và/hoặc hỗ trợ từ thiện với bệnh viện trước khi nộp đơn khiếu nại này chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu không, hãy chuyển sang Phần 4. *Nếu có, vui lòng cung cấp thu nhập gia đình của quý vị vào ngày quý vị nhận được hóa đơn đầu tiên cho dịch vụ hoặc trong 12 tháng trước ngày quý vị nhận được hóa đơn đầu tiên cho dịch vụ đó.*

Thu nhập gia đình của bệnh nhân: _____

☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hàng tháng ☐ Hàng năm ☐ Khác: _____

19. Ngày quý vị nộp đơn xin hỗ trợ tài chính: _____

20. Đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị có bị từ chối không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, ngày kháng cáo, nếu có: _____

PHẦN 4: THÔNG TIN VỀ CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM SỨC KHỎE

21. Liệu có bất kỳ phần nào trong các dịch vụ y tế của bệnh viện được bảo hiểm bởi bồi thường lao động, bảo hiểm ô tô hoặc các loại bảo hiểm khác không được liệt kê ở trên hay không?? ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

22. Quý vị có ghi danh tham gia bất kỳ chương trình sức khỏe, chương trình bảo hiểm và/hoặc chương trình bảo hiểm chính phủ nào (ví dụ: Medi-Cal, Medicare, Bảo Hiểm Bổ Sung Medicare (Medicare Supplemental Insurance), v.v.) cho bất kỳ ngày tiếp nhận dịch vụ nào đang đề cập đến không? ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

Nếu câu trả lời là có, đối với mỗi loại bảo hiểm, vui lòng ghi rõ tên chương trình, thời hạn hiệu lực, số ID hội viên và đánh dấu vào ô loại bảo hiểm bên dưới, nếu có.

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

☐ Thương Mại/Chủ Lao Động ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

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

☐ Thương Mại/Chủ Lao Động ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

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

☐ Thương Mại/Chủ Lao Động ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

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

☐ Thương Mại/Chủ Lao Động ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

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

☐ Có ☐ Không ☐ Không Áp Dụng ☐ Không Rõ

PHẦN 5: THÔNG TIN THU HỒI NỢ

24. 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? ☐ Có ☐ Không ☐ Không rõ

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

26. Ngày khoản nợ được bán cho bên thu nợ hoặc ngày quý vị được thông báo rằng hóa đơn bệnh viện của quý vị có nguy cơ chuyển đến bên thu nợ, nếu có và thông tin này có sẵn: _____

PHẦN 6: THÔNG TIN KHIẾU NẠI

Mô tả chi tiết về nội dung khiếu nại của quý vị: _____

_____

_____

Tất cả thông tin mà tôi cung cấp khi nộp đơn khiếu nại này đều đúng sự thật 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

Ghi Chú: Nếu đơn khiếu nại được ký bởi người đại diện theo pháp luật, thì Mẫu Đơn Người Đại Diện Được Ủy Quyền phải được điền đầy đủ thông tin.

Tôi ủy quyền Sở chuyển đơn khiếu nại của tôi đến Sở Y Tế Công Cộng Tiểu Bang đối với các vấn đề xảy ra trước ngày 1 tháng Một năm 2024. ☐ Có ☐ Không

PHẦN 7: CÔNG KHAI THÔNG TIN

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

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, cho Sở Thông Tin Và Tiếp Cận Chăm Sóc Sức Khỏe California (Health Care Access and Information, hoặc HCAI), Chương Trình Khiếu Nại Hóa Đơn Bệnh Viện (Hospital Bill Complaint Program, hoặc HBCP), nhằm mục đích xác định xem bệnh viện được nêu tên ở trên có tuân thủ Đạo Luật Thanh Toán Hóa Đơn Bệnh Viện Công Bằng và các quy định liên quan hay không.

Tôi hiểu rằng hồ sơ rối loạn sử dụng chất gây nghiện của mình, nếu có, được bảo vệ theo các quy định liên bang về bảo mật và Hồ Sơ Bệnh Nhân 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 (HIPAA) năm 1996, 45 C.F.R. phần 160 & 164, và không thể được công khai nếu không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi 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 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 cứ 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 xong, tùy thuộc vào điều 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 HBCP hoặc các bên khác đã công khai theo quyết định ủy quyền cho phép công khai thông tin y tế trước đó của tôi.

Tôi hiểu rằng quyết định ủy quyền cho phép công khai thông tin sức khỏe này là tự nguyện, nhưng HBCP 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 cấm HCAI công khai thêm thông tin sức khỏe của tôi trừ khi HCAI nhận được sự quyết định ủy quyền khác. Tôi hiểu rằng nếu tôi đã ủy quyền cho phép công khai thông tin sức khỏe của mình cho người khác không phải chịu quy định bảo mật theo luật pháp thì thông tin đó có thể sẽ không còn được bảo vệ theo luật bảo mật của tiểu bang hoặc liên bang nữa.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền nhận được một bản sao của giấy ủy quyền này.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân: _____ Ngày: _____

Tên quý vị viết in hoa: _____

Nếu mẫu đơn này được điền bởi người có thẩm quyền pháp lý để hành động thay mặt cho cá nhân khác, chẳng hạn như phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên hoặc người đại diện chăm sóc sức khỏe, vui lòng điền đầy đủ thông tin sau:

Tên người điền vào mẫu đơn này: _____

Chữ ký của người điền vào mẫu đơn này: _____

Ngày: _____

Vui lòng mô tả bên dưới lý do tại sao người này có thẩm quyền pháp lý để ký vào mẫu đơn này:

_____

THÔNG TIN NHÂN KHẨU HỌC

Các câu hỏi về thông tin nhân khẩu học sau đây sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích báo cáo và phân tích. **Thông tin này là không bắt buộc. Nếu quý vị không muốn cung cấp thông tin này, điều đó sẽ không ảnh hưởng đến kết quả giải quyết khiếu nại của quý vị 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 mà quý vị ưu tiên không?
☐ Có ☐ Không

2. CHỦNG TỘC VÀ/HOẶC DÂN TỘC

Quý vị mang chủng tộc và/hoặc dân tộc nào?
Chọn tất cả các danh mục và danh mục con phù hợp và ghi thêm bất kỳ thông tin chi tiết nào vào chỗ trống bên dưới. Ghi chú, quý vị có thể báo cáo nhiều nhóm.

NGƯỜI MỸ BẢN ĐỊA hoặc NGƯỜI BẢN ĐỊA ALASKA ☐
Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.
☐ Người Xứ Navajo
☐ Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI CHÂU Á HOẶC NGƯỜI MỸ GỐC Á ☐
Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.
☐ Người Ấn Độ gốc Á ☐ Người Campuchia ☐ Người Trung Quốc ☐ Người Philippines
☐ Người Hmong ☐ Người Nhật Bản ☐ Người Hàn Quốc
☐ Người Lào ☐ Người Pakistan ☐ Người Việt Nam
☐ Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI MỸ DA ĐEN HOẶC NGƯỜI MỸ GỐC PHI ☐
Vui lòng 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 ☐
Vui lòng 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 El Salvador
☐ Người Tây Ban Nha
☐ Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI MỸ GỐC TRUNG ĐÔNG hoặc BẮC PHI ☐
Vui lòng 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 ☐
Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.
☐ Người Chamorro ☐ Người Chuuk ☐ Người Fiji ☐ Người Guam ☐Người Marshall
☐ Người Hawaii bản địa ☐ Người Palau
☐ Người Samoa ☐ Người Tahiti ☐ Người Tonga
☐ Tùy chọn ghi thêm: _____

NGƯỜI DA TRẮNG ☐
Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết bên dưới.
☐ Người Hà Lan ☐ Người Anh ☐ Người Pháp ☐ Người Đức ☐ Người Ireland ☐ Người Ý
☐ Tiếng Na Uy ☐ Người Ba Lan
☐ Người Bồ Đào Nha ☐ Người Nga ☐ Người Scotland
☐ Tùy chọn ghi vào: _____

3. BẢN DẠNG GIỚI
Vui lòng 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 là nam hoặc nữ)
☐ Chưa xác định/Không muốn trả lời
☐ Tùy chọn ghi thêm: _____

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 Mục1798.17) yêu cầu thông báo như sau:

- Bộ Luật Sức Khỏe và An Toàn (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
  Privacy 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 tờ khai thuế hoặc cuống phiếu lương 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:
   - Bảng 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 (REV 12/23/25)

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, gia đình bao gồm những người sau: vợ/chồng, người bạn đời sống chung không kết hôn và con cái phụ thuộc dưới 21 tuổi, hoặc bất kể tuổi tác nếu bị khuyết tật, dù sống chung nhà hay không. Đối với bệnh nhân chưa đủ 18 tuổi, hoặc con phụ thuộc từ 18 đến 20 tuổi, gia đình bao gồm những người sau: phụ huynh, người thân chăm sóc và những người con phụ thuộc khác của phụ huynh hoặc người thân chăm sóc dưới 21 tuổi, hoặc bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật.

Số Thứ Tự	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 (REV 12/23/2025)

- 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 mẫu đơn 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: PHẦN A: DO BỆNH NHÂN ĐIỀN

Tôi cho phép cá nhân có tên trong Phần B bên 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 Của Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____

6. Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân: _____

_____

7. Địa Chỉ Gửi 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).