

## ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ԴԻՄՈՒՄԻ ՁԵՎԱԹՈՒՐԹ

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

- ✓ Ձեր դիմումը կարող եք ներկայացնել առցանց՝ [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) կայքում.
- ✓ Ձեր դիմումի հետ կապված անվճար աջակցություն ստանալու համար կարող եք կապ հաստատել Առողջապահական ծառայությունների սպառողների դաշինքի հետ՝ այցելելով [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org) կայք կամ զանգահարելով (888) 804-3536 հեռախոսահամարով
- ✓ Որպեսզի HCAI-ն ուսումնասիրի, թե արդյոք հիվանդանոցի կողմից Ձեզ անարդարացիորեն մերժել են օգնություն տրամադրել՝ Ձեր բժշկական ծախսերը վճարելու համար, **ՆԱԽՐԱՆ ԻԵՏՆԵՅԱԿ ԴԻՄՈՒՄԸ ՆԵՐԿԱՅԱԳՆԵԼՆԵՐԸ** Դուք արդեն պետք է դիմեիք գեղչի և (կամ) բարեգործական օգնություն ստանալու համար.
- ✓ Եթե Դուք Ձեր փաստաթղթերը ուղարկում եք փոստով, խնդրում ենք կցել միայն փաստաթղթերի պատճենները: **Մի ուղարկեք բնօրինակները, դրանք չեն վերադարձվի.**

### ԲԱԺԻՆ 1. ՀԻՎԱՆԴԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

1. Անունը, հայրանունը, ազգանունը \_\_\_\_\_
2. Նախընտրելի անունը (ցանկությամբ) \_\_\_\_\_
3. Սեռը՝  իգական  արական  անհայտ  Նախընտրում եմ չբարձրաձայնե
4. Ծննդյան ամսաթիվը: \_\_\_\_\_
5. Արդյո՞ք հիվանդը մահացել է?  Այո  Ոչ
6. Արդյո՞ք հիվանդը անչափահաս է?  Այո  Ոչ
7. Անչափահաս հիվանդների դեպքում խնդրում ենք տպագիր տառերով նշել նրանց ծնողի կամ օրինական խնամակալի անունը: \_\_\_\_\_
8. Փոստային հասցեն, քաղաքը, նահանգը, Փոստային ինդեքսը (5 նիշ), երկրի անվանումը \_\_\_\_\_
9. Հիմնական հեռախոսահամարը \_\_\_\_\_
10. Լրացուցիչ հեռախոսահամարը \_\_\_\_\_
11. Էլեկտրոնային փոստի հասցեն \_\_\_\_\_
12. Արդյո՞ք 18 տարեկանից ցածր տարիքի երեխայի ծնողից կամ օրինական խնամակալից բացի որևէ մեկը օգնում է Ձեզ Ձեր դիմումը ներկայացնելու հարցում?  Այո  Ոչ  
 Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել լիազորված անձի ձևաթուղթը.

### ԲԱԺԻՆ 2. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

18-ից բարձր տարիքի հիվանդների համար նշեք հետևյալ անձանց լրիվ անունը, տարիքը և ազգակցական կապը՝ ամուսին, զուգընկեր և մինչև 21 տարեկան խնամքի տակ գտնվող երեխաներ (անկախ նրանից՝ նրանք ապրում են տանը, թե՛ ոչ). 18-ից ցածր տարիքի հիվանդների համար նշեք հետևյալ անձանց լրիվ անունը, տարիքը և ազգակցական կապը՝ ծնողներ, խնամատար ազգականներ և ծնողների կամ խնամատար ազգականների մինչև 21 տարեկան այլ երեխաներ: (Եթե ցուցակում նշված են ընտանիքի վեցից ավելի անդամներ, լրացրեք 10-րդ էջի հավելյալ էջը:)

Համարը	Ամբողջական անունը	Տարիքը	Հիվանդի կետ կապը
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

### ԲԱԺԻՆ 3. ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

13. Հիվանդանոցի անունը: \_\_\_\_\_

14. Հասցեն, քաղաքը, նահանգը, Փոստային ինդեքսը (5 նիշ)

15. Ժամանման ամսաթիվը: \_\_\_\_\_ 16. Մեկնման ամսաթիվը: \_\_\_\_\_

17. րոյո՞ք հիվանդանոցից ստացել եք գրավոր նախահաշիվ?  Այո  Ոչ  
*Եթե այո, ապա կից ներառեք փաստաթղթերը, եթե այդպիսիք կան.*

18. Մատուցված ծառայության (ծառայությունների) ամսաթվերը, որոնց համար գանձել է հիվանդանոցը: \_\_\_\_\_

*Մեկից ավելի ընդունելության կամ մատուցված ծառայության մի քանի առանձին ամսաթվերի դեպքում խնդրում ենք ներկայացնել առանձին դիմում.*

19. Արոյո՞ք Դուք որևէ գումար վճարել եք տվյալ ծառայության (ծառայությունների) համար?  
 Այո  Ոչ  Անհայտ

*Եթե այո, ապա կից տրամադրեք փաստաթղթեր և վերջին վճարման ամսաթիվը, եթե այդպիսիք կան:*

### ԲԱԺԻՆ 4. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

20. Արոյո՞ք հիվանդանոցային ծառայությունները կապված էին երրորդ կողմի պատճառած վնասվածքների հետ (օրինակ՝ ճանապարհատրանսպորտային պատահար, հանցագործություն կամ աշխատանքի հետ կապված վնասվածք)?  Այո  Ոչ  Անհայտ

21. Արոյո՞ք Դուք գրանցված էիք առողջապահական պլանում, ապահովագրական պլանում և/կամ պետական ապահովագրության ծրագրում (օրինակ՝ Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance և այլն) խնդրո՞ւք առարկա ծառայության ամսաթվերի համար:  Այո  Ոչ  Անհայտ  
*Եթե այո, ապա կից տրամադրեք փաստաթղթեր և վերջին վճարման ամսաթիվը, եթե այդպիսիք կան.*

Հիմնական ապահովագրություն  Ապահովագրության ամսաթվերը  Մասնակցի նույնականացման համարը  
 Կոմերցիալ / Գործատու  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental ապահովագրություն

Երկրորդային ապահովագրություն  Ապահովագրության ամսաթվերը  Մասնակցի նույնականացման համարը  
 Կոմերցիալ / Գործատու  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental ապահովագրություն

Այլ ապահովագրություն  Ապահովագրության ամսաթվերը  Մասնակցի նույնականացման համարը  
 Կոմերցիալ / Գործատու  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental ապահովագրություն

Այլ ապահովագրություն  Ապահովագրության ամսաթվերը  Մասնակցի նույնականացման համարը

Կոմերցիալ / Գործատու  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental ապահովագրություն

22. Արդյո՞ք առողջապահական ծրագիրը, ապահովագրության ծրագիրը և (կամ) պետական ապահովագրության ծրագիրը մշակել են հիվանդանոցի կողմից մատուցվող ծառայությունների որևէ պահանջի հետ կապված?  Այո  Ոչ  Ոչ կիրառելի  Անհայտ

23. Եթե այո, արդյո՞ք հիվանդը դիմել կամ դիմում է ներկայացրել իր առողջապահական ծրագրին, ապահովագրական ծրագրին կամ կառավարության ապահովագրության ծրագրին՝ դրանցից հրաժարվելու վերաբերյալ?  Այո  Ոչ  Ոչ կիրառելի  Անհայտ

Եթե այո, ապա բժշկական ծրագրին կցեք որոշման թեթիկի պատճենը, ապահովագրական ծրագրից կամ պետական ապահովագրության ծրագրից և դիմումի կամ բողոքարկման ամսաթիվը, եթե այդպիսիք կան.

24. Դիմումի կամ բողոքարկման ամսաթիվը, եթե գործում է և հասանելի է: \_\_\_\_\_

### **ԲԱԺԻՆ 5. ՊԱՐՏՔԵՐԻ ՀԱՎԱՔԱԳՐՄԱՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**

25. Հիվանդանոցն այդ բժշկական պարտքը լուծե՞լ է հավաքագրողների հետ, թե՞ ռիսկի եք դիմում հավաքագրողներին ուղարկել?  Այո  Ոչ  Անհայտ

26. Եթե այո, ապա արդյո՞ք պարտքի մասին զեկուցվել է վարկային գործակալությանը, թե դա ազդել է Ձեր վարկային պատմության / գնահատականի վրա?

Այո  Ոչ  Անհայտ  Ոչ կիրառելի

Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել Ձեր վարկային պատմության պատճենը.

27. Պարտքեր հավաքագրողի անունը եթե կիրառելի է և հասանելի: \_\_\_\_\_

28. Պարտքերի հավաքագրումը լուծելու ամսաթիվը եթե կիրառելի է և հասանելի: \_\_\_\_\_

29. Հաշվի համարը եթե կիրառելի է և հասանելի: \_\_\_\_\_

**Բոլոր այն տեղեկությունները, որոնք ես տրամադրել եմ այս դիմումը ներկայացնելիս, իմ գիտելիքների սահմաններում ճշմարիտ են և ճիշտ.**

**Հիվանդի անունը (տպագիր)**

**Հիվանդի կամ օրինական ներկայացուցչի ստորագրությունը**

Խնդրում ենք ի նկատի ունենալ, որ եթե հիվանդը ի վիճակի չէ բժշկական և (կամ) ֆինանսական որոշումներ կայացնել, ցանկանում է, որ ներկայացուցիչը օգնի դիմումի հարցում, կամ այն հիվանդների համար, ովքեր մահացած են, խնդրում ենք լրացնել կցված լիազորված անձի ձևաթուղթը: Հիվանդի վավեր ստորագրության բացակայության դեպքում, լիազորված անձը պետք է ներկայացնի փաստաթղթեր, որոնք հաստատում են որպես հիվանդի լիազորված անձ հանդես գալու օրինական իրավասությունը (օրինակ՝ լիազորագիր, խնամակալության փաստաթղթեր, սրտաբանի նշանակման նամակ և այլն):

## ՀՈԴՎԱԾ 6. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀՐԱՊԱՐԱԿՈՒՄԸ

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

Ես, [տպել հիվանդի անունը] \_\_\_\_\_ իմ թույլտվությունն եմ տալիս [տպել հիվանդանոցի անունը] \_\_\_\_\_ տրամադրել ամբողջական բժշկական տեղեկանքներ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով, ֆինանսական, վճարումների, բժշկական, հոգեկան առողջության, թմրանյութերի օգտագործման խանգարումների, ՄԻԱՎ-ի մասին տեղեկատվությունը, ախտորոշիչ պատասխանները, հաշվետվությունները և իմ անունից, իմ կողմից ներկայացված դիմումի հետ կապված այլ գրառումներ Կալիֆորնիայի առողջապահության և տեղեկատվության մատչելիության վարչությանը (HCAI), Հիվանդանոցային օրինագծի բողոքարկման ծրագրին (HBCP)՝ որոշելու, թե արդյոք նշված հիվանդանոցը համապատասխանում է հիվանդանոցի արդար բիլինգային օրենքին և հարակից կանոնակարգերին.

Ես հասկանում եմ, որ թմրանյութերի օգտագործման մասին իմ գրառումները, եթե այդպիսիք կան, պաշտպանված են դաշնային կանոնակարգերով, որոնք կարգավորում են գաղտնիությունը և թմրանյութերի օգտագործման խանգարման հիվանդների գրառումները՝ Դաշնային կանոնակարգերի օրենսգրքի հոդված 42, 2-րդ մաս և 1996 թվականի Առողջապահական ապահովագրության տեղափոխելիության և հաշվետվողականության մասին օրենքի (HIPAA), Դաշնային կանոնակարգերի օրենսգրքի հոդված 45, մասեր 160 և 164, և չի կարող բացահայտվել առանց իմ գրավոր համաձայնության, եթե այլ բան նախատեսված չէ կանոնակարգով:

Իմ առողջապահական տեղեկատվությունը փոխանցելու այս թույլտվությունը վավեր է այնքան ժամանակ, քանի դեռ HCAI-ին ուղղված իմ դիմումը չի վերանայվել: Ես հասկանում եմ, որ ինձ թույլատրվում է ցանկացած պահի հետ կանչել այս առողջապահական լիազորությունը, և ես կարող եմ դա անել գրավոր եղանակով փոստով՝ հետևյալ հասցեով:

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

Եթե այլ բան չեղյալ չհամարվի, ապա այս լիազորության ժամկետը լրանում է այս ձևաթուղթը ստորագրելու օրվանից 12 ամիս անց, կամ երբ իմ դիմումը կփակվի՝ կախված նրանից, թե ինչ է տեղի ունեցել նախկինում: Հետևանքն ուժի մեջ կմտնի այն ժամանակ, երբ HBCP-ն գրավոր ստանա իմ հարցումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ HBCP-ն կամ այլ անձինք արդեն ապավինել են իմ նախնական համաձայնությանը՝ բժշկական տեղեկատվությունը հրապարակելու համար:

Ես հասկանում եմ, որ առողջապահական տեղեկատվության հրապարակման այս թույլտվությունը կամավոր է, և HBCP-ն չի կարող մշակել իմ հիվանդանոցային վճարման դիմումը՝ առանց այս թույլտվությունը ստորագրելու.

Բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի, Կալիֆորնիայի օրենսդրությունն արգելում է HCAI-ին հետագայում բացահայտել իմ առողջական տվյալները, մինչև որ HCAI-ն այլ թույլտվություն չստանա: Ես հասկանում եմ, որ եթե ես թույլ եմ տվել, որ իմ առողջապահական տեղեկատվությունը տարածվի որևէ մեկի կողմից, ով օրինականորեն պարտավոր չէ պահպանել դրա գաղտնիությունը, ապա այն կարող է այլևս չպաշտպանվել պետական կամ դաշնային գաղտնիության օրենքներով:

Ես հասկանում եմ, որ ես իրավունք ունեմ ստանալու այդ լիազորագրի պատճենը.

Հիվանդի ստորագրությունը: \_\_\_\_\_ Ամսաթիվը: \_\_\_\_\_

Գրեք Ձեր անունը տպագիր տառերով: \_\_\_\_\_

Եթե այս ձևաթուղթը լրացվում է անհատի անունից գործելու օրինական լիազորություն ունեցող անձի կողմից, ինչպիսիք են անչափահասի ծնողը կամ օրինական խնամակալը կամ բուժաշխատողը, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկատվությունը:

Սույն ձևաթուղթը լրացնող անձի անունը: \_\_\_\_\_

Սույն ձևաթուղթը լրացնող անձի ստորագրությունը: \_\_\_\_\_

Ամսաթիվը: \_\_\_\_\_

Ստորև նկարագրեք, թե ինչպես է այս անձը իրավասու ստորագրել այս ձևաթուղթը:

\_\_\_\_\_

## ԺՈՂՈՎՐԴԱԳՐԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հետևյալ ժողովրդագրական հարցերը կօգտագործվեն միայն հաշվետվության և վերլուծության նպատակներով: **Այս տեղեկատվությունը պարտադիր չէ: Եթե դուք չեք ցանկանում տրամադրել այս տեղեկատվությունը, դա որևէ կերպ չի ազդի Ձեր դիմումն ընթացք տալու արդյունքի վրա.**

### 1. ԼԵՁՈՒ

Նախընտրելի լեզուն, որով խոսում եք: \_\_\_\_\_

Կցանկանալի՞ք, որ մենք Ձեզ հետ շփվեինք Ձեր նախընտրած լեզվով?  Այո  Ոչ

### 2. ՈԱՍԱ և (ԿԱՍ) ԷԹՆԻԿ ՊԱՏԿԱՆԵԼՈՒԹՅՈՒՆ

#### Ո՞րն է Ձեր ռասայական և/կամ էթնիկ պատկանելությունը?

Ընտրեք Բոլոր կատեգորիաները և ենթակատեգորիաները, որոնք կիրառելի են և մոտքագրեք ցանկացած լրացուցիչ մանրամասներ ստորև նշված դաշտերում: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ Դուք կարող եք զեկուցել մեկից ավելի խմբերի մասին:

#### ԱՄԵՐԻԿԱՆ ՀՆԴԻԿ ԿԱՍ ԱԼՅԱՍԿԱՅԻ ԲՆԻԿ

Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.

Նավախո ազգ  Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

#### ԱՍԻԱՏԻ ԿԱՍ ԱՍԻԱԿԱՆ ԾԱԳՄԱՄԲ ԱՄԵՐԻԿԱՏԻ

Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.

Ասիա-հնդկացի  Կամբոջացի  Չինացի  Ֆիլիպինցի  Հինդուսի  Ճապոնացի  որեացի  Լաոսացի  Պակիստանցի  Վիետնամցի  Ավելացված տարբերակ. \_\_\_\_\_

#### ՍԵԻԱՍՈՐԹ ԿԱՍ ԱՖՐՈԱՄԵՐԻԿԱՏԻ

Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.

Աֆրոամերիկացի  Բարբադոսցի  Եթովպացի  Գանացի  Հաիթցի  Ճամայկացի  Զենիացի  Նիգերիացի  Սոմալիացի  Հարավաֆրիկացի  Սուդանցի  Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

#### ԻՍՊԱՆԱԿՆՈՍ ԿԱՍ ԼԱՏԻՆԱՄԵՐԻԿԱՏԻ

Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.

Կոլումբիացի  Կուբացի  Դոմինիկցի  Էկվադորցի  Գվատեմալացի  Հոնդուրացի  Մեքսիկացի կամ մեքսիկո-ամերիկացի  Պուերտո Ռիկացի  Սալվադորցի  Իսպանացի  Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

#### ՄԵՐՁԱՎՈՐ ԱՐԵՎԵԼՅԱՆ ԿԱՍ ՀՅՈՒՄԻՍԱՖՐԻԿԱՆ

Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.

Աֆղանացի  Ալժիրցի  Հայ  Եգիպտացի  Պարսիկ  Իրաքցի  Իսրայելցի  Զուրդ  Լիբանանցի  Մարոկկացի  Սիրիացի  Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

**Հավայան կղզիների կամ Խաղաղ օվկիանոսի կղզիների բնիկ**

*Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.*

- Չամորացի  Չուուկեգիացի  Ֆիջիացի  Գուամաներեն  Մարշալլեգացի
- Բնիկ հավայանցի  Պալաուաներեն  Սամոացի  Թաիթցի  Տոնգացի
- Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

**ՍՊԻՏԱԿԱՍՈՐԹ**

*Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.*

- Հոլանդացի  Անգլերեն  Ֆրանսիացի  Գերմանացի  Իռլանդացի  Իտալացի
- Նորվեգացի  Լեհ  Պորտուգալացի  Ռուս  Շոտլանդացի
- Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

**3. Ավելացված տարբերակ**

*Մանրամասն տվյալները նշեք ստորև.*

- Իգական  Արական
- Կին-տղամարդ հարաբերություն / տրանսգենդեր տղամարդ / տրանս-տղամարդ
- Տղամարդ-կին հարաբերություն / տրանսգենդեր կին / տրանս-կին
- Գենդերային հարցում (ոչ միայն արական, այլև իգական)
- Չգիտեմ / Նախընտրում եմ չբարձրաձայնել
- Ավելացված տարբերակ: \_\_\_\_\_

## 1977 Թ. ՏԵՂԵԿԱՏՎԱԿԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ ՕՐԵՆՔԻ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ

1977 թ. տեղեկատվական պրակտիկայի մասին օրենքը (Կալիֆորնիայի քաղաքացիական օրենսգրքի 1798.17 բաժին) պահանջում է հետևյալ ծանուցումը:

- Առողջապահության և անվտանգության օրենսգրքի 127436-րդ բաժնին համապատասխան առողջապահության և տեղեկատվության մատչելիության վարչությանը (HCAI) լիազորություն է տրվում ընթացք տալ հիվանդանոցային վճարների մասին դիմումները, որոնք կապված են հիվանդանոցի գեղչերի և (կամ) բարեգործական խնամքի քաղաքականության հետ.
- HCAI-ի հիվանդանոցների արդար բիլինգային ծրագիրը օգտագործում է Ձեր անձնական տվյալները՝ Ձեր հիվանդանոցի վճարների մասին դիմումին ընթացք տալու համար.
- Դուք կարող եք այս տեղեկատվությունը կամավոր տրամադրել HCAI-ին, չնայած որ դա պարտադիր չէ: Այնուամենայնիվ, եթե Դուք չտրամադրեք պահանջվող տեղեկատվությունը, HCAI-ն կարող է չկարողանալ ընթացք տալ Ձեր դիմումին.
- HCAI-ն կարող է անհրաժեշտության դեպքում փոխանցել Ձեր անձնական տվյալները հիվանդանոցին և առողջապահական ծառայություններ մատուցողներին՝ Ձեր դիմումին ընթացք տալու համար.
- HCAI-ն կարող է նաև Ձեր տեղեկատվությունը փոխանցել այլ պետական մարմիններին՝ օրենքի պահանջներին կամ թույլտվություններին համապատասխան.
- Դուք իրավունք ունեք ծանոթանալու Ձեր անձնական տվյալներին: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են լրացուցիչ տեղեկություններ կամ հարցեր ունեք HCAI-ում պահվող անձնական տվյալների գաղտնիության վերաբերյալ, խնդրում ենք կապվել գաղտնիության հարցերով պատասխանատուի հետ հետևյալ հասցեով:

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

## ՆԱԽՔԱՆ ՁԵՐ ԴԻՄՈՒՄԸ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼԸ

Եթե ցանկանում եք, որ HCAI-ն ուսումնասիրի, թե արդյոք հիվանդանոցի կողմից Ձեզ անարդարացիորեն մերժել են օգնել վճարել Ձեր բժշկական ծախսերը, ապա Դուք արդեն պետք է ֆինանսական օգնության դիմում ներկայացնեք այն հիվանդանոցին, որտեղ ստացել եք Ծառայությունները: Եթե դուք դեռ չեք դիմել հիվանդանոց, ապա պետք է կապվեք նրա հետ՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, թե ինչպես է պետք դիմել: Եթե օգնության կարիք ունեք, կարող եք զանգահարել առողջապահական սպառողների դաշինք՝ 888-804-3536 հեռախոսահամարով կամ դիմել [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) կայքի միջոցով՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար.

## ԻՆՉՊԵՍ ԴԻՄԵԼ

1. Ներկայացրեք առցանց դիմում [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) կայքում (սա դիմելու ամենաարագ ձևն է):  
Չետևեք առցանց հրահանգներին և ստորագրեք դիմումի ձևաթուղթը:
2. Եթե Դուք օգտվում եք լիազորված անձի ծառայություններից, լրացրեք լիազորված անձի ձևաթուղթը:



3. Ներառեք Ձեր վերջին Ա-2 աշխատավարձի կամ վեց ամսվա պատճենը: Գրավոր նախահաշիվ հիվանդանոցից.
4. Դուք կարող եք Ձեր դիմումին կցել այլ տվյալները հաստատող փաստաթղթեր, ինչպիսիք են հետևյալներից որևէ մեկը.
  - Գրավոր նախահաշիվ հիվանդանոցից:
  - Ծառայությունների դիմաց կատարված վճարումները հաստատող ցանկացած փաստաթուղթ:
  - Ձեր առողջապահական ծրագրի կամ պետական ապահովագրության ծրագրի հետ կապված ցանկացած հաղորդագրություն ծառայությունների համար վճարումների վերաբերյալ:
  - Ապացույց, որ բժշկական պարտքը լուծվել է հավաքագրողների հետ կամ վտանգված է հավաքագրողներին ուղարկելու համար:
  - Ձեր վարկային հաշվետվության պատճենը, եթե դա ազդել է ձեր վարկային պատմության վրա:

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ կվերանայվեն միայն այն փաստաթղթերը, որոնք վերաբերում են ձեր դիմումի մեջ նշված ծառայության մատուցման ամսաթվին (ամսաթվերին).

5. Եթե Դուք չեք ներկայացնում Ձեր դիմումը առցանց, խնդրում ենք ներկայացնել Ձեր դիմումի ձևաթուղթը և ցանկացած կից փաստաթղթեր:

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

## ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԱՆԴԱՄԻ ՄԱՍԻՆ ՏԿՅԱԼՆԵՐԻ ԱՎԵԼԱՑՈՒՄ

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

Խնդրում ենք լրացնել այս էջը, եթե ունեք ընտանիքի լրացուցիչ անդամներ, որոնց ցանկանում եք ավելացնել: Եթե ավելի շատ տեղ է պահանջվում, խնդրում ենք այս էջի լրացուցիչ պատճենները ներկայացնել Ձեր դիմումի հետ միասին:

### ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ից բարձր տարիքի հիվանդների համար նշեք հետևյալ անձանց լրիվ անունը, տարիքը և ազգակցական կապը՝ ամուսին, զուգընկեր, մինչև 21 տարեկան խնամքի տակ գտնվող երեխաներ (անկախ նրանից՝ նրանք ապրում են տանը, թե՛ ոչ)։

18-ից ցածր տարիքի հիվանդների համար նշեք հետևյալ անձանց լրիվ անունը, տարիքը և ազգակցական կապը՝ ծնողներ, խնամատար ազգականներ և ծնողների կամ խնամատար ազգականների մինչև 21 տարեկան այլ երեխաներ։

Համարը	Ամբողջական անունը	Տարիքը	Հիվանդի կետ կապը
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

## ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ՁԵՎԱԹՈՒՐԹ

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- Եթե ցանկանում եք մեկ այլ անձի լիազորել Ձեզ փոխարեն ներկայանալու կամ Ձեր դիմումը լրացնելու համար, լրացրեք ստորև նշված Ա և Բ մասերը:
- **Եթե դուք ծնող կամ օրինական խնամակալ եք, ով այս դիմումը ներկայացնում է 18 տարեկանից ցածր տարիքի երեխայի համար, ապա Ձեզ հարկավոր չէ լրացնել այս ձևաթուղթը:**
- Եթե Դուք այս դիմումը ներկայացնում եք հիվանդի անունից և օրինականորեն Ձեզ լիզորված է գործել հիվանդի անունից, խնդրում ենք լրացնել միայն Բ մասը: Դուք պետք է ներկայացնեք փաստաթղթերի պատճեն, ըստ որի Ձեզ օրինական լիազորություն է տրվում հանդես գալ որպես հիվանդի կողմից լիազորված անձ:

### ՄԱՍ Ա. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Ե ՅԻՎԱՆԴԻ ԿՈՂՄԻՑ

Ես իմ թույլտվությունն եմ տալիս, որ Բ մասում նշված անձը գործի իմ անունից՝ առողջապահության և տեղեկատվության մատչելիության վարչություն (HCAI) ներկայացված իմ դիմումով: Ես իմ թույլտվությունն եմ տալիս HCAI-ի աշխատակիցներին՝ կիսվել ֆինանսական տեղեկատվությամբ և իմ առողջական վիճակի և դրա հետ կապված խնամքի վերաբերյալ մանրամասներով ստորև նշված անձի հետ: Ես հասկանում և ընդունում եմ, որ այս գրառումները կարող են ներառել ֆինանսական տեղեկատվություն, անդարրագիր, բժշկական օգնություն, հոգեկան առողջություն, նյութերի չարաշահում, ՄԻԱՎ, ախտորոշիչ նկարներով հաշվետվություններ և դիմումի հետ կապված այլ գրառումներ:

Իմ համաձայնությունը այս լիազորությանը կամավոր է, և ես իրավունք ունեմ դադարեցնել այն: Եթե ես ուզում եմ դադարեցնել, ես դա պետք է անեմ գրավոր:

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. Հիվանդի ստորագրությունը | 2. Տպագիր հիվանդի անունը |
| 3. Ամսաթիվը:               |                          |

### ՄԱՍ Բ. ԼՐԱՑՎՈՒՄ Ե ՅԻՎԱՆԴԻՆ ԽՆԱՄՈՂ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ

4. Հիվանդի անունը: \_\_\_\_\_
5. Լիազորված անձի անունը: \_\_\_\_\_
6. Հիվանդի կետ կապը: \_\_\_\_\_

7. Փոստային հասցեն, քաղաքը, նահանգը, Փոստային ինդեքսը (5 նիշ), երկրի անվանումը

- |                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| 8. Հեռախոսահամարը | 9. Էլեկտրոնային փոստի հասցեն |
|-------------------|------------------------------|

- |                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| 10. Լիազորված անձի ստորագրությունը | 11. Ամսաթիվը |
|------------------------------------|--------------|

12.  Կից ներկայացնում եմ իմ փաստաթղթերը, որոնք հաստատում են իմ՝ որպես հիվանդի կողմից լիազորված անձ հանդես գալու իրավական լիազորությունները: (Ստուգեք, եթե կիրառելի է):