

## نموذج شكوى بشأن فاتورة المستشفى

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

- ✓ يمكنك تقديم الشكاوى الخاصة بك عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).
- ✓ للحصول على مساعدة مجانية بخصوص شكواكم، يمكنك الاتصال باتحاد المستفيدين من الخدمات الصحية بزيارة الموقع [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)، أو الاتصال بالرقم (888) 804-3536.
- ✓ لدواعي إجراء تحقيق من قبل قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) بشأن رفض المستشفى عن طريق الخطأ في تقديم الدعم والمساعدة لك بشأن دفع فواتيرك الطبية، يجب أن تكون قد تقدمت بالفعل بطلب الحصول خصومات على المدفوعات و/أو رعاية خيرية قبل تقديم هذه الشكوى.
- ✓ إذا كنت بصدد إرسال المستندات الخاصة بك عبر البريد، يرجى إرسال نسخ هذه المستندات فقط بدون إرسال الوثائق الأصلية علماً بأنه لن يتم إعادتها لك.

## القسم (1): المعلومات المتعلقة بالمريض

1. الاسم الأول/ الاسم الأوسط/ اسم العائلة \_\_\_\_\_
2. الاسم المفضل (اختياري) \_\_\_\_\_
3. الجنس:  أنثى  ذكر  غير معروف  أفضل عدم الإفصاح
4. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_
5. هل المريض متوفى؟  نعم  لا
6. هل المريض قاصر؟  نعم  لا
7. للمرضى القصرين، برجاء كتابة اسم ولي الأمر أو الوصي القانوني عليهم: \_\_\_\_\_
8. عنوان البريد/ المدينة/ الولاية/ الرمز البريدي (5 أرقام) / البلد \_\_\_\_\_
9. رقم الهاتف الرئيسي \_\_\_\_\_
10. رقم الهاتف الثانوي \_\_\_\_\_
11. عنوان البريد الإلكتروني \_\_\_\_\_
12. هل يساعدك أحدهم في تقديم شكواك وهو ليس أحد الوالدين أو الوصي القانوني لطفل يقل عمره عن 18 عامًا؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إكمال نموذج الممثل المعتمد.

## القسم (2): المعلومات المتعلقة بالأسرة

للمرضى ذوي أعمار 18 عامًا فما يزيد، برجاء إدراج الاسم كاملاً والسن والصلة/العلاقة بمن يلي: الزوج/رفيق حميم (مرافق بالمنزل)/الأطفال المعالين دون سن 21 عاماً (سواء كانوا مقيمين في المنزل أم لا). للمرضى أقل من 18 عاماً، برجاء إدراج الاسم كاملاً والسن والصلة/العلاقة بمن يلي: الوالدين والأقارب القائمين بالرعاية والأطفال الآخرين الأقل من 21 عاماً من الوالدين أو الأقارب القائمين على الرعاية. (في حالة إدراج أكثر من ستة أفراد من العائلة، قم بملء الملحق الموجود بالصفحة رقم 10.)

الرقم:	الاسم كاملاً:	السن:	الصلة/العلاقة مع المريض:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**القسم (3): المعلومات المتعلقة بالمستشفى**

13. اسم المستشفى: \_\_\_\_\_

14. العنوان/ المدينة/ الولاية/ الرمز البريدي (5 أرقام) \_\_\_\_\_

15. تاريخ الوصول للمستشفى: \_\_\_\_\_ 16. تاريخ الخروج من المستشفى: \_\_\_\_\_

17. هل تلقيت تقديراً مكتوباً للتكلفة من المستشفى؟  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء إرفاق الوثائق الداعمة، حسب الإتاحة.18. مواعيد الخدمات التي تم فوترتها من المستشفى:  
في حالة وجود حالات دخول للمستشفى أكثر من مرة أو عدة تواريخ منفصلة للخدمة، يرجى تقديم شكوى منفصلة.19. هل قمت بدفع أي مبالغ مالية نظير الخدمات المعنية؟  نعم  لا  غير معروف  
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم المستندات الداعمة وتاريخ آخر مبالغ مدفوعة، حسب الإتاحة.**القسم (4): المعلومات المتعلقة بالخطة الصحية**20. هل كانت خدمات المستشفى ذات صلة بإصابات ناتجة عن أطراف ثالثة (مثل حوادث السيارات أو الجرائم أو إصابات العمل)؟  
 نعم  لا  غير معروف21. هل تم تسجيلك في خطة صحية و/أو خطة تأمين و/أو برنامج تأمين حكومي (مثل Medi-Cal و Medicare و Medicare التكميلي للتأمين وما إلى ذلك) لأي من تواريخ الخدمة المعنية؟  نعم  لا  غير معروف

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إدراج اسم الخطة وتواريخ سريان التغطية ورقم معرف العضوية ووضع علامة بمرجع الاختيار أدناه بخصوص نوع التغطية بمختلف أنواعها حسب الإتاحة.

التغطية الأولية \_\_\_\_\_ تواريخ التغطية \_\_\_\_\_ رقم معرف العضوية \_\_\_\_\_

 تجاري/صاحب عمل  ميدكال (Medi-Cal)  ميديكير (Medicare)  التأمين التكميلي للرعاية الطبية

التغطية الأولية \_\_\_\_\_ تواريخ التغطية \_\_\_\_\_ رقم معرف العضوية \_\_\_\_\_

 تجاري/صاحب عمل  ميدكال (Medi-Cal)  ميديكير (Medicare)  التأمين التكميلي للرعاية الطبية

التغطية الأولية \_\_\_\_\_ تواريخ التغطية \_\_\_\_\_ رقم معرف العضوية \_\_\_\_\_

 تجاري/صاحب عمل  ميدكال (Medi-Cal)  ميديكير (Medicare)  التأمين التكميلي للرعاية الطبية

التغطية الأولية \_\_\_\_\_ تواريخ التغطية \_\_\_\_\_ رقم معرف العضوية \_\_\_\_\_

 تجاري/صاحب عمل  ميدكال (Medi-Cal)  ميديكير (Medicare)  التأمين التكميلي للرعاية الطبية

22. هل شرعت أي خطة صحية و/أو خطة تأمين و/أو برنامج تأمين حكومي بمعالجة أي من المطالبات الخاصة بالخدمات التي يتم فوترتها من قبل المستشفى؟  نعم  لا  غير متوفر  غير معروف
23. إذا كانت الإجابة بنعم، فهل قدم المريض شكوى أو طلب استئناف لدى خطته الصحية أو خطة التأمين أو برنامج التأمين الحكومي بشأن الرفض؟  نعم  لا  غير متوفر  غير معروف
- إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء إدراج نسخة من خطاب نص القرار من الخطة الصحية أو خطة التأمين أو برنامج التأمين الحكومي وتاريخ البت في الشكوى أو الاستئناف، حسب الإتاحة.
24. تاريخ البت في الشكوى أو الاستئناف حسب الإتاحة والاقتضاء:

### القسم (5): المعلومات المتعلقة بتحصيل الديون.

25. هل شرعت المستشفى في بيع هذه الديون الطبية لقسم التحصيلات أو أنك معرض لخطر إرسال هذه الديون لقسم التحصيلات؟  نعم  لا  غير معروف
26. إذا كانت الإجابة بنعم، هل تم الإبلاغ عن هذه الديون إلى مكتب الائتمان أو حمل تأثيراً على تقرير/درجة الائتمان الخاصة بك؟  نعم  لا  غير معروف  مجهول
- إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نسخة من تقرير الائتمان الخاص بك.
27. اسم محصل الديون وحسب الإتاحة والاقتضاء:
28. تاريخ بيع الدين لقسم التحصيلات وحسب الإتاحة والاقتضاء:
29. رقم الحساب وحسب الإتاحة والاقتضاء:

كافة المعلومات التي قمت بإدراجها في نموذج هذه الشكوى صحيحة ودقيقة على حد علمي.

اسم المريض (مكتوباً)

توقيع المريض أو الممثل القانوني

يرجى ملاحظة الآتي: في حالة تعذر قدرة المريض على اتخاذ قرارات طبية و/أو مالية، أو يريد ممثلاً للمساعدة في تقديم الشكوى، أو فيما يخص المرضى المتوفين، برجاء ملء نموذج الممثل المعتمد المرفق. وفي حالة عدم وجود توقيع ساري/صالح من المريض، يجب على الممثل المعتمد تقديم وثائق السلطة القانونية للعمل كممثل معتمد للمريض (على سبيل المثال، التوكيل الرسمي، وثنائق الوصاية، خطاب تعيين المنفذ، إلخ).

**القسم (6): الكشف/الإفصاح عن المعلومات**

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

أقر أنا، [اسم المريض مكتوباً] \_\_\_\_\_ بمنح الإذن لـ [اسم المستشفى مكتوباً] \_\_\_\_\_ لمشاركة تفاصيل سجلي الصحي كاملةً، والتي تتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، المعلومات المالية والفواتير التفاصيل المتعلقة بالحالة الطبية والعقلية ومعلومات اضطرابات تعاطي المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) والتصوير التشخيصي والتقارير والسجلات الأخرى المتعلقة بالشكوى التي قدمتها أو تم تقديمها بالنيابة عني، إلى قسم الوصول للرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) بإدارة ولاية كاليفورنيا ولبرنامج تقديم الشكاوى بشأن فواتير المستشفى (HBCP)، لأغراض تحديد ما إذا كان المستشفى المذكور ممثلاً لقانون الفوترة العادلة للمستشفيات واللوائح ذات الصلة.

أدرك/أتفهم أن سجلاتي المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات، إن وجدت، محمية بموجب اللوائح الفيدرالية التي تحكمها السرية وسجلات مرضى اضطراب تعاطي المخدرات 42 C.F.R.، الجزء 2 وقانون قابلية نقل التأمين الصحي والمساءلة لعام 1996 (HIPAA)، 45 C.F.R. القسمان 160 و164، وأدرك أنه لا يُسمح بالإفصاح عنها دون موافقتي الخطية ما لم تنص التشريعات القانونية على خلاف ذلك.

هذه الموافقة بمشاركة معلوماتي الصحية تظل سارية لحين البت في/حل شكواي المقدمة والمعني بها قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI)، وأدرك أنه يُسمح لي بإلغاء هذه الموافقة على مشاركة المعلومات والبيانات الصحية في أي وقت، ويجوز لي القيام بذلك كتابةً عبر إرسال خطاب بريدي إلى العنوان التالي:

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

وما لم يتم إبطاله بخلاف ذلك، فإن هذا التفويض سينتهي بعد 12 شهرًا من تاريخ توقيعي على هذا النموذج أو عند إغلاق شكواي، أيهما أقرب. سيصبح الإلغاء ساري المفعول عندما تتلقى برنامج تقديم الشكاوى بشأن فواتير المستشفى (HBCP) طلبي كتابياً، باستثناء الحد الذي اعتمدت فيه برنامج تقديم الشكاوى بشأن فواتير المستشفى (HBCP) أو آخرون بالفعل على موافقتي المسبقة للإفراج عن المعلومات الطبية.

أدرك أن هذا التفويض بالإفصاح عن المعلومات الصحية هو أمر طوعي ولكن برنامج تقديم الشكاوى بشأن فواتير المستشفى (HBCP) لا يمكنه معالجة شكواي بشأن فواتير المستشفى دون التوقيع على هذا الإصدار.

ما لم يكن ذلك مطلوباً بموجب القانون، يحظر قانون ولاية كاليفورنيا على قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) الكشف عن معلوماتي الصحية بشكل أكبر ما لم تحصل قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) على تصريح آخر. أدرك أنه إذا سمحت بالكشف عن معلوماتي الصحية لشخص غير ملزم قانوناً بالحفاظ على سريتها، فقد لا تكون محمية بموجب قوانين السرية الفيدرالية أو قوانين الولاية.

أدرك أن لدي الحق في الحصول على نسخة من هذه الموافقة.

توقيع المريض: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

اسمك مكتوباً: \_\_\_\_\_

إذا تم إكمال هذا النموذج من قبل شخص لديه سلطة قانونية للتصرف نيابة عن الفرد، مثل أحد الوالدين أو الوصي القانوني لقاصر أو وكيل الرعاية الصحية، فيرجى إكمال المعلومات التالية:

اسم الشخص القائم بملء هذا النموذج: \_\_\_\_\_

توقيع الشخص القائم بملء هذا النموذج: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

صِف أدناه ماهية السلطة القانونية التي يتمتع بها هذا الشخص لدواعي للتوقيع على هذا النموذج:

## المعلومات الديموغرافية

سيتم استخدام الأسئلة الديموغرافية التالية فقط لأغراض إعداد التقارير والتحليل. هذه المعلومات اختيارية. إذا كنت لا ترغب في تقديم هذه المعلومات، فلن يؤثر ذلك على نتيجة شكاوك بأي شكل من الأشكال.

### 1. اللغة

اللغة المنطوقة المفضلة:

هل ترغب في التواصل معك بلغتك المفضلة؟  نعم  لا

### 2. العرق و/أو الأصل العرقي

ما هو عرقك و/أو أصلك العرقي؟

حدد جميع الفئات والفئات الفرعية التي تنطبق وأدخل أي تفاصيل إضافية في المساحات أدناه. ملحوظة: يمكنك الإبلاغ عن أكثر من مجموعة.

هندي أمريكي أو من مواطني ألاسكا الأصليين

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

عشيرة النافاجو  خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

آسيوي أو أمريكي آسيوي

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

هندي آسيوي  كمبودي  صيني  فلبيني/ة  همونغي  ياباني  كوري  لاوسي  باكستاني  فيتنامي

خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

أمريكي أسود أو من أصول أفريقية

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

أمريكي من أصل أفريقي  بربادوسي  إثيوبي  غاني  هايتي  جامايكي  كيني  نيجيري  صومالي  جنوب

أفريقي  سوداني  خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

من أصول إسبانية/لاتينية

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

كولومبي  كوبي  دومينيكاني  اكوادوري  غواتيمالاي  هندوراسي  مكسيكي أو أمريكي من أصول مكسيكية

بورتوريك  سلفادوري  إسباني  خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

الشرق الأوسط أو شمال أفريقيا

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

أفغاني  جزائري  أرمني  مصري  إيراني  عراقي  إسرائيلي  كردي  لبناني  مغربي  سوري  خيار

خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

تشامورو  تشوكيز (تروكي)  فيجي  غوامي  مارشالي  من سكان هاواي الأصليين  بالاو  سامواي  تاهيتي  تونجا

خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

أبيض العرق

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

هولندي  إنجليزي  فرنسي  ألماني  أيرلندي  إيطالي  نرويجي  بولندي  برتغالي  روسي  إسكتلندي

خيار كتابة/إضافة تفاصيل:

### 3. الهوية الجنسانية (الجنسانية)

برجاء تقديم التفاصيل أدناه.

- أنثى  ذكر  أنثى إلى ذكر/ ذكر متحول جنسيًا/ رجل متحول جنسيًا  ذكر إلى أنثى/ أنثى متحول جنسيًا/ امرأة متحول جنسيًا
- لاثنائي/ كويري الهوية (ليس ذكرًا ولا أنثى حصريًا)  لا أعرف/ أفضل عدم الإفصاح
- خيار كتابة/إضافة تفاصيل:
-

## إشعار قانون الممارسات المتعلقة بالمعلومات لعام 1977

يتطلب قانون الممارسات المتعلقة بالمعلومات لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا، القسم 1798.17) الإشعار التالي:

يتطلب قانون الممارسات المتعلقة بالمعلومات لعام 1977 (القانون المدني لولاية كاليفورنيا، القسم 1798.17) الإشعار التالي

- **القسم 127436 من قانون الصحة والسلامة يمنح قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) سلطة التحقيق في شكاوى الفواتير المتعلقة بالمستشفى وذات الصلة بالخصومات على المدفوعات الطبية و/أو سياسات الرعاية الخيرية.**
- يستخدم برنامج الفوترة العادلة للمستشفيات التابع لمؤسسة قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) معلوماتك الشخصية للتحقيق في شكاوى فواتير المستشفى الخاصة بك.
- ويمكنك تقديم هذه المعلومات إلى قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) طوعاً، على الرغم من أنها ليست مطلوبة. ومع ذلك، إذا لم تقم بتقديم المعلومات المطلوبة، فقد لا تتمكن قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) من التحقيق في شكاوك.
- قد تقوم مؤسسة قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) بمشاركة معلوماتك الشخصية، حسب الاقتضاء، مع المستشفى ومزودي الخدمات للتحقيق في شكاوك.
- قد تقوم قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) أيضاً بمشاركة معلوماتك مع وكالات حكومية أخرى وفقاً للحد المسموح به من القانون.
- لديك الحق في الاطلاع على معلوماتك الشخصية. إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو كانت لديك أسئلة حول خصوصية بيانات التعريف الشخصية التي تحتفظ بها قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI)، فيرجى الاتصال بمسؤول الخصوصية على العنوان التالي:

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/)

## تنبيهات قبل تقديم الشكاوى:

إذا رغبت في فتح تحقيق من قبل قسم الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) بشأن رفض المستشفى عن طريق الخطأ في تقديم الدعم والمساعدة لك بشأن دفع فواتيرك الطبية، يجب أن تكون قد تقدمت بالفعل بطلب الحصول دعم مالي من المستشفى التي تلقيت بها الخدمات الطبية. في حالة عدم تقديمك بعد لطلب إلى المستشفى، فيجب عليك التواصل معها للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية التقديم. إذا كنت ترغب في المساعدة، يمكنك التواصل مع المستفيدين من الخدمات الصحية على الرقم 888-804-3536، أو زيارة الموقع الإلكتروني [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) لمزيد من المعلومات.

## كيفية تقديم الشكاوى:

1. قم بتقديم الشكاوى عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني التالي: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) (هذه الطريقة هي الأسرع في تقديم الشكاوى). اتبع التعليمات الموجودة على الإنترنت وقم بالتوقيع على نموذج الشكاوى.
2. إذا كنت مستعياً بممثل قانوني معتمد، فيرجاء ملء "نموذج الممثل المعتمد".
3. قم بإرفاق آخر نسخة من نموذج W-2 أو إيصال المدفوعات لسنة أشهر مضت.
4. يمكنك تضمين مستندات أخرى تدعم طلبك مثل:
  - تقدير تكلفة مكتوب من المستشفى.
  - أي وثائق توضح المدفوعات التي تم دفعها مقابل الخدمات المفوترة.
  - أي مراسلات/اتصالات مع جهة خطتك الصحية أو برنامج التأمين الحكومي بشأن الخدمات المفوترة.
  - إثبات بيع الديون الطبية لقسم التحصيلات أو أنك معرض لخطر إرسالها إلى قسم اتحصيلات الديون.
  - نسخة من تقرير الائتمان خاصتك إذا تأثرت درجة الائتمان الخاصة بك.



يرجى ملاحظة أنه سيتم النظر فقط في الوثائق المتعلقة بتاريخ الخدمة المذكورة في شكواك.

5. إذا لم تقم بالتقديم عبر الإنترنت، فيرجى إرسال نموذج الشكوى الخاص بك وأي وثائق داعمة بالبريد الإلكتروني إلى:

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

**ملحق إضافي لأفراد الأسرة**

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

يرجى إكمال هذه الصفحة إذا كان لديك أفراد عائلة إضافيين لإضافتهم. إذا كانت هناك حاجة إلى مساحة أكبر، يرجى عمل نسخ إضافية من هذه الصفحة لتقديمها مع شكواك.

**معلومات بشأن الأسرة**

للمرضى ذوي أعمار 18 عامًا فما يزيد، برجاء إدراج الاسم كاملاً والسن والصلة/العلاقة بمن يلي: الزوج/رفيق حميم (مرافق بالمنزل)/الأطفال المعالين دون سن 21 عاماً (سواء كانوا مقيمين في المنزل أم لا).

للمرضى أقل من 18 عاماً، برجاء إدراج الاسم كاملاً والسن والصلة/العلاقة بمن يلي: الوالدين والأقارب القائمين بالرعاية والأطفال الآخرين الأقل من 21 عاماً من الوالدين أو الأقارب القائمين على الرعاية.

الرقم:	الاسم كاملاً:	السن:	الصلة/العلاقة مع المريض:
.1			
.2			
.3			
.4			
.5			
.6			
.7			
.8			
.9			
.10			
.11			
.12			
.13			
.14			

## نموذج للممثل المعتمد

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- إذا كنت ترغب في تفويض شخص آخر لتمثيلك أو مساعدتك في شكاوك، فيرجى إكمال الجزأين (أ) و(ب) أدناه.
- إذا كنت أحد الوالدين أو الوصي القانوني لطفل يقل عمره عن 18 عامًا والذي تقدم هذه الشكوى نيابة عنه، فلا يتعين عليك إكمال هذا النموذج.
- إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابة عن مريض وكنت مفوضًا قانونيًا بالتصرف نيابة عنه، فيرجى إكمال الجزء (ب) من هذا النموذج فقط. يجب عليك إرفاق نسخ من الوثائق التي تمنحك السلطة القانونية للعمل كممثل معتمد لهذا المريض.

## الجزء (أ). يجب أن يكمله المريض

أفوض الشخص المذكور في الجزء (ب) أدناه بالتصرف بالنيابة عني في جميع الأمور المتعلقة بالشكوى المقدمة إلى إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI). كما أعطي موافقتي على أن تقوم إدارة الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات (HCAI) بإرسال المعلومات المالية والصحية والخدمات ذات الصلة إلى الشخص المذكور أدناه. وأدرك وأوافق على أن هذه المعلومات قد تشمل المعلومات المالية، ومعلومات الدفع، ومعلومات الصحة البدنية والعقلية، وتعاطي المخدرات، وحالة فيروس نقص المناعة البشرية، ونتائج اختبارات الفحص، والسجلات الأخرى ذات الصلة بالشكوى.

أعطي موافقتي الطوعية على هذا التمثيل ولدي الحق في سحبه. وفي حال قررت إلغائه، فيجب أن يتم هذا كتابيًا.

2. الاسم الكامل للمريض بأحرف واضحة

1. توقيع المريض

3. التاريخ:

## الجزء (ب). يكمله الشخص الذي يساعد المريض

4. اسم المريض:

5. الاسم الكامل للممثل المفوض:

6. صلة القرابة أو العلاقة بالمريض:

7. العنوان البريدي، المدينة، الولاية، الرمز البريدي (5 أرقام)، اسم البلد

9. عنوان البريد الإلكتروني

8. رقم الهاتف

11. التاريخ

10. توقيع الممثل المفوض

12.  أرفقت معي الوثائق التي تؤكد حقي القانوني في العمل كممثل معتمد للمريض. (يرجى التحقق إن أمكن).