

**अस्पताल बिल शिकायत फॉर्म**

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

- ✓ आप अपनी शिकायत ऑनलाइन यहां दर्ज कर सकते हैं: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).
- ✓ अपनी शिकायत में निःशुल्क सहायता के लिए, आप [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org) पर जाकर या (888) 804-3536 पर कॉल करके स्वास्थ्य उपभोक्ता गठबंधन से संपर्क कर सकते हैं।
- ✓ स्वास्थ्य देखभाल सेवा और सूचना (HCAI) द्वारा यह जांच करने के लिए कि क्या आपको अपने मेडिकल बिलों का भुगतान करने के लिए अस्पताल द्वारा गलत तरीके से मदद से इनकार कर दिया गया था, आपको यह शिकायत दर्ज करने से पहले ही छूट भुगतान और/या चैरिटी देखभाल के लिए आवेदन करना होगा।
- ✓ यदि आप अपने दस्तावेज़ डाक से भेज रहे हैं, तो कृपया केवल दस्तावेज़ों की प्रतियां ही शामिल करें। **मूल प्रति न भेजें, वे वापस नहीं की जाएंगी।**

**भाग 1: मरीज की जानकारी**

1. प्रथम नाम, मध्य नाम, अंतिम नाम
2. पसंदीदा नाम (वैकल्पिक)
3. लिंग:  महिला  पुरुष  अज्ञात  बताना पसंद नहीं करते
4. जन्मतिथि: \_\_\_\_\_
5. क्या मरीज मर चुका है?  हाँ  नहीं
6. क्या मरीज नाबालिग है?  हाँ  नहीं
7. नाबालिग मरीजों के लिए, कृपया उनके माता-पिता या कानूनी अभिभावक का प्रिंट नाम दें: \_\_\_\_\_
8. डाक पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड (5 अंक), देश का नाम

9. प्राथमिक फ़ोन नंबर
10. द्वितीयक फ़ोन नंबर
11. ईमेल पता
12. क्या 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे के माता-पिता या कानूनी अभिभावक के अलावा कोई अन्य व्यक्ति आपकी शिकायत दर्ज करने में मदद कर रहा है?  हाँ  नहीं  
यदि हां, तो कृपया अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म पूरा करें।

**भाग 2: पारिवारिक जानकारी**

वर्ष और उससे अधिक आयु के मरीजों के लिए, पूरा नाम, आयु और निम्नलिखित संबंध प्रदान करें: पति/पत्नी, घरेलू साथी, और 21 वर्ष से कम उम्र के आश्रित बच्चे (चाहे घर पर रह रहे हों या नहीं)। वर्ष से कम आयु के मरीजों के लिए, निम्नलिखित का पूरा नाम, आयु और संबंध प्रदान करें: माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार, और माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदारों के 21 वर्ष से कम उम्र के अन्य बच्चे। (यदि परिवार के छह से अधिक सदस्यों की सूची है, तो पृष्ठ 10 पर परिशिष्ट भरें।)

संख्या	पूरा नाम	आयु	मरीज के साथ संबंध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**भाग 3: अस्पताल की जानकारी**

13. अस्पताल का नाम: \_\_\_\_\_

14. पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड (5 अंक)

15. आगमन की तिथि: \_\_\_\_\_ 16. डिस्चार्ज की तारीख: \_\_\_\_\_

17. क्या आपको अस्पताल से लिखित अनुमान दिया गया था?  हाँ  नहीं  
यदि हाँ, तो सहायक दस्तावेज़, यदि उपलब्ध हो, संलग्न करें।18. अस्पताल द्वारा बिल की जा रही सेवा(सेवाओं) की तारीखें: \_\_\_\_\_  
यदि एक से अधिक प्रवेश या सेवा की कई अलग-अलग तिथियाँ हैं, तो कृपया एक अलग शिकायत दर्ज करें।19. क्या आपने संबंधित सेवा(सेवाओं) के लिए कोई राशि का भुगतान किया है?  हाँ  नहीं  अज्ञात  
यदि हाँ, तो उपलब्ध होने पर सहायक दस्तावेज़ और अंतिम भुगतान की तारीख प्रदान करें: \_\_\_\_\_**भाग 4: स्वास्थ्य योजना की जानकारी**20. क्या अस्पताल की सेवाएँ किसी तीसरे पक्ष के कारण हुई चोटों (जैसे मोटर वाहन दुर्घटना, अपराध, या काम से संबंधित चोट) से संबंधित थीं?:  हाँ  नहीं  अज्ञात21. क्या आप प्रश्नगत सेवा की किसी भी तारीख के लिए स्वास्थ्य योजना, बीमा योजना, और/या सरकारी बीमा कार्यक्रम (यानी, Medi-Cal, Medicare, Medicare सप्लीमेंट बीमा, आदि) में नामांकित थे?  हाँ  नहीं  अज्ञात  
यदि हाँ, तो प्रत्येक प्रकार के कवरेज के लिए, कृपया योजना का नाम, कवरेज की प्रभावी तिथियाँ, सदस्यता आईडी नंबर सूचीबद्ध करें और यदि उपलब्ध हो तो नीचे कवरेज के प्रकार के लिए चेक बॉक्स में टिक करें।

प्राथमिक कवरेज	कवरेज की तारीखें	सदस्यता आईडी नंबर
<input type="checkbox"/> व्यवसायिक/नियोक्ता	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare सप्लीमेंट बीमा

द्वितीयक कवरेज	कवरेज की तारीखें	सदस्यता आईडी नंबर
<input type="checkbox"/> व्यवसायिक/नियोक्ता	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare सप्लीमेंट बीमा

अन्य कवरेज	कवरेज की तारीखें	सदस्यता आईडी नंबर
<input type="checkbox"/> व्यवसायिक/नियोक्ता	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare सप्लीमेंट बीमा

अन्य कवरेज	कवरेज की तारीखें	सदस्यता आईडी नंबर
<input type="checkbox"/> व्यवसायिक/नियोक्ता	<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicare सप्लीमेंट बीमा

22. क्या किसी स्वास्थ्य योजना, बीमा योजना और/या सरकारी बीमा कार्यक्रम ने अस्पताल द्वारा बिल की जा रही सेवाओं के किसी दावे पर कार्रवाई की है?  हाँ  नहीं  लागू नहीं  अज्ञात

23. यदि हाँ, तो क्या रोगी ने अस्वीकृति के बारे में अपनी स्वास्थ्य योजना, बीमा योजना, या सरकारी बीमा कार्यक्रम में शिकायत या अपील दर्ज की है?  हाँ  नहीं  लागू नहीं  अज्ञात  
यदि हाँ, तो स्वास्थ्य योजना, बीमा योजना, या सरकारी बीमा कार्यक्रम के निर्णय पत्र की एक प्रति, और शिकायत या अपील का समाधान होने की तारीख, यदि उपलब्ध हो, शामिल करें।

24. शिकायत या अपील का समाधान होने की तिथि, यदि लागू हो और उपलब्ध हो: \_\_\_\_\_

### भाग 5: ऋण संग्रहण जानकारी

25. क्या अस्पताल ने इस चिकित्सा ऋण को संग्रहकर्ताओं को बेच दिया है या क्या इसे आपको संग्रहण के लिए भेजे जाने का जोखिम है?  हाँ  नहीं  अज्ञात

26. यदि हाँ, तो क्या ऋण की सूचना क्रेडिट ब्यूरो को दी गई थी या क्या इसका आपकी क्रेडिट रिपोर्ट/स्कोर पर प्रभाव पड़ा है?

हाँ  नहीं  अज्ञात  लागू नहीं

यदि हाँ, तो कृपया अपनी क्रेडिट रिपोर्ट की एक प्रति प्रदान करें।

27. ऋण संग्राहक का नाम यदि लागू हो और उपलब्ध हो: \_\_\_\_\_

28. दिनांक ऋण संग्रहकर्ताओं को बेच दिया गया था, यदि लागू हो और उपलब्ध हो: \_\_\_\_\_

29. खाता संख्या, यदि लागू हो और उपलब्ध हो: \_\_\_\_\_

इस शिकायत को दर्ज करने में मेरे द्वारा प्रदान की गई सभी जानकारी मेरी जानकारी के अनुसार सत्य और सही है।

\_\_\_\_\_

मरीज का नाम (प्रिंट)

\_\_\_\_\_

रोगी या कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

कृपया ध्यान दें: यदि रोगी चिकित्सा और/या वित्तीय निर्णय लेने में असमर्थ है, शिकायत में सहायता के लिए, या मृत रोगियों के लिए एक प्रतिनिधि चाहता है, तो कृपया संलग्न अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म को पूरा करें। मरीज के वैध हस्ताक्षर के बिना, अधिकृत प्रतिनिधि को मरीज के अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के लिए कानूनी अधिकार का दस्तावेजीकरण प्रदान करना होगा (यानी, पावर ऑफ अटॉर्नी, संरक्षकता दस्तावेज, निष्पादक का अपॉइंटमेंट लेटर, आदि)।

**भाग 6: सूचना जारी करना**

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

मैं, [मरीज का प्रिंट नाम] \_\_\_\_\_ अपने संपूर्ण स्वास्थ्य रिकॉर्ड को साझा करने के लिए [अस्पताल का प्रिंट नाम] \_\_\_\_\_ को अपनी अनुमति देता हूं, जिसमें वित्तीय जानकारी, बिलिंग, चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य, मादक पदार्थ उपयोग विकार, HIV, नैदानिक इमेजिंग शामिल है, लेकिन यह इन्हीं तक सीमित नहीं है। मेरे द्वारा कैलिफ़ोर्निया स्वास्थ्य देखभाल सेवा और सूचना विभाग (HCAI), अस्पताल बिल शिकायत कार्यक्रम (HBCP) के साथ दायर की गई या मेरी ओर से दर्ज की गई शिकायत से संबंधित रिपोर्ट और अन्य रिकॉर्ड, यह निर्धारित करने के लिए कि नामित अस्पताल मौजूद अस्पताल उचित बिलिंग अधिनियम और संबंधित नियमों के अनुरूप था या नहीं।

मैं समझता हूं कि मेरे मादक द्रव्य उपयोग विकार रिकॉर्ड, यदि कोई हों, गोपनीयता और मादक द्रव्य उपयोग विकार रोगी रिकॉर्ड 42 C.F.R., भाग 2 और स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी और जवाबदेही अधिनियम 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. को नियंत्रित करने वाले संघीय नियमों के तहत संरक्षित हैं। भाग 160 और 164, और मेरी लिखित सहमति के बिना इसका खुलासा नहीं किया जा सकता जब तक कि विनियमन द्वारा अनुमति प्रदान न किया गया हो।

मेरी स्वास्थ्य जानकारी साझा करने का यह प्राधिकरण HCAI में मेरी शिकायत का समाधान होने तक वैध है। मैं समझता हूं कि मुझे किसी भी समय स्वास्थ्य डेटा साझा करने के इस प्राधिकरण को रद्द करने की अनुमति है और मैं इसे मेल द्वारा लिखित रूप में कर सकता हूं:

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

जब तक इसे रद्द न किया जाए, यह प्राधिकरण इस फॉर्म पर मेरे हस्ताक्षर करने की तारीख के 12 महीने बाद या मेरी शिकायत बंद होने पर, जो भी पहले हो, समाप्त हो जाएगा। निरस्तीकरण तब प्रभावी होगा जब HBCP को लिखित रूप में मेरा अनुरोध प्राप्त होगा, सिवाय उस हद तक जब HBCP या अन्य ने चिकित्सा जानकारी जारी करने के लिए पहले से ही मेरी पूर्व सहमति पर भरोसा किया हो।

मैं समझता हूं कि स्वास्थ्य जानकारी जारी करने का यह प्राधिकरण स्वैच्छिक है, लेकिन HBCP इस विज्ञप्ति पर हस्ताक्षर किए बिना अस्पताल के बिलिंग के बारे में मेरी शिकायत पर कार्रवाई नहीं कर सकता है।

जब तक कानून द्वारा आवश्यक न हो, कैलिफ़ोर्निया का कानून HCAI को मेरी स्वास्थ्य जानकारी का और खुलासा करने से रोकता है जब तक कि HCAI को कोई अन्य प्राधिकरण प्राप्त न हो जाए। मैं समझता हूं कि यदि मैंने अपनी स्वास्थ्य संबंधी जानकारी किसी ऐसे व्यक्ति को प्रकट करने के लिए अधिकृत किया है जिसके लिए इसे गोपनीय रखना कानूनी रूप से आवश्यक नहीं है, तो इसे अब राज्य या संघीय गोपनीयता कानूनों द्वारा संरक्षित नहीं किया जा सकता है।

मैं समझता हूँ कि मुझे इस प्राधिकरण की एक प्रति प्राप्त करने का अधिकार है।

मरीज का हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ तारीख: \_\_\_\_\_

अपना प्रिंट नाम लिखें: \_\_\_\_\_

यदि यह फॉर्म किसी ऐसे व्यक्ति द्वारा भरा जा रहा है जिसके पास किसी व्यक्ति की ओर से कार्य करने का कानूनी अधिकार है, जैसे कि किसी नाबालिग के माता-पिता या कानूनी अभिभावक या स्वास्थ्य देखभाल एजेंट, तो कृपया निम्नलिखित जानकारी भरें:

इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति का नाम: \_\_\_\_\_

इस फॉर्म को भरने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

नीचे बताएं कि इस व्यक्ति के पास इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करने का कानूनी अधिकार कैसे है:

\_\_\_\_\_

## जनसांख्यिकीय जानकारी

निम्नलिखित जनसांख्यिकीय प्रश्नों का उपयोग केवल रिपोर्टिंग और विश्लेषण उद्देश्यों के लिए किया जाएगा। यह जानकारी वैकल्पिक है। यदि आप यह जानकारी प्रदान नहीं करना चाहते हैं, तो यह किसी भी तरह से आपकी शिकायत के परिणाम को प्रभावित नहीं करेगा।

### 1. भाषा

बोली जाने वाली पसंदीदा भाषा: \_\_\_\_\_

क्या आप चाहते हैं कि हम आपसे आपकी पसंदीदा भाषा में संवाद करें?  हाँ  नहीं

### 2. जाति और/या जातीयता

#### आपकी जाति और/या जातीयता क्या है?

लागू होने वाली सभी श्रेणियों और उपश्रेणियों का चयन करें और नीचे दिए गए स्थानों में कोई अतिरिक्त विवरण दर्ज करें। ध्यान दें, आप एक से अधिक समूहों की रिपोर्ट कर सकते हैं।

#### भारतीय अमेरिकन या अलास्का का मूल निवासी

नीचे विवरण प्रदान करें।

नवाजो राष्ट्र  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

#### एशियाई या एशियाई अमेरिकी

नीचे विवरण प्रदान करें।

एशियाई भारतीय  कम्बोडियन  चीनी  फिलिपिनो/ए  हमोंग  जापानी  कोरियाई

लाओतियन  पाकिस्तानी  वियतनामी  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

#### अश्वेत या अफ्रीकी अमेरिकी

नीचे विवरण प्रदान करें।

अफ्रीकी अमेरिकी  बारबेडियन  इथियोपियाई  घाना  हार्टियन  जमैका  केन्याई

नाइजीरियाई  सोमाली  दक्षिण अफ्रीकी  सूडानी  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

#### हिस्पैनिक या लैटिना/ओ

नीचे विवरण प्रदान करें।

कोलंबिया  क्यूबा  डोमिनिकन  इक्वेडोरियन  ग्वाटेमले  होंडुरास

मैक्सिकन या मैक्सिकन अमेरिकी  पुएर्टो रीको का निवासी  सल्वाडोर  स्पेनी

लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

#### मध्य पूर्वी या उत्तरी अफ्रीकी

नीचे विवरण प्रदान करें।

अफ़ग़ान  अल्जीरियाई  अर्मेनियाई  मिस्र वासी  ईरानी  इराकी  इज़रायली  कुर्दिश

लेबनानी  मोरक्को वासी  सिरिआई  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

### हवाई या प्रशांत द्वीप का मूल निवासी

नीचे विवरण प्रदान करें।

- चमोर्रो  चुकेसे  फिजी  गुमानियन  मार्शलीज़  मूल निवासी हवाईयन  पलाउअन  सामोन  
 ताहितियन  टोंगन  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

### श्वेत

नीचे विवरण प्रदान करें।

- डच  अंग्रेज़ी  फ्रेंच  जर्मन  आयरिश  इतालवी  नार्वेजियन  पोलिश  
 पुर्तगाली  रूसी  स्कॉटिश  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

### 3. लिंग पहचान

नीचे विवरण प्रदान करें।

- महिला  पुरुष  महिला-से-पुरुष/ट्रांसजेंडर पुरुष/ट्रांस पुरुष  
 पुरुष से महिला/ट्रांसजेंडर महिला/ट्रांस महिला  जेंडरक्रीर (न तो विशेष रूप से पुरुष और न ही महिला)  
 नहीं जानते/बताना पसंद नहीं करते  लिखने का विकल्प: \_\_\_\_\_

## सूचना व्यवहार अधिनियम 1977 सूचना

1977 के सूचना व्यवहार अधिनियम (कैलिफ़ोर्निया नागरिक संहिता धारा 1798.17) के लिए निम्नलिखित सूचना की आवश्यकता है:

- स्वास्थ्य और सुरक्षा संहिता धारा 127436 स्वास्थ्य देखभाल सेवा और सूचना विभाग (HCAI) को अस्पताल के छूट भुगतान और/या दान देखभाल नीतियों से संबंधित अस्पताल बिलिंग शिकायतों की जांच करने का अधिकार देती है।
- HCAI का हॉस्पिटल उचित बिलिंग प्रोग्राम आपकी अस्पताल बिलिंग शिकायत की जांच के लिए आपकी व्यक्तिगत जानकारी का उपयोग करता है।
- आप यह जानकारी स्वेच्छा से HCAI को प्रदान कर सकते हैं, हालांकि इसकी आवश्यकता नहीं है। हालांकि, यदि आप मांगी गई जानकारी प्रदान नहीं करते हैं, तो HCAI आपकी शिकायत की जांच करने में सक्षम नहीं हो सकता है।
- आपकी शिकायत की जांच करने के लिए HCAI आवश्यकतानुसार आपकी व्यक्तिगत जानकारी अस्पताल और प्रदाताओं के साथ साझा कर सकता है।
- HCAI आवश्यकतानुसार या कानून द्वारा अनुमति के अनुसार आपकी जानकारी अन्य सरकारी एजेंसियों के साथ भी साझा कर सकता है।
- आपको अपनी व्यक्तिगत जानकारी देखने का अधिकार है। यदि आपको अधिक जानकारी की आवश्यकता है या HCAI द्वारा बनाए गए व्यक्तिगत पहचान योग्य डेटा की गोपनीयता के बारे में कोई प्रश्न हैं, तो कृपया गोपनीयता अधिकारी से यहां संपर्क करें:

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/)

### फ़ाइल करने से पहले

यदि आप चाहते हैं कि HCAI इस बात की जांच करे कि क्या आपके मेडिकल बिलों का भुगतान करने के लिए अस्पताल द्वारा गलत तरीके से मदद से इनकार किया गया था, तो आपको पहले ही उस अस्पताल में वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करना होगा जहां आपको सेवाएं प्राप्त हुई थीं। यदि आपने अभी तक अस्पताल में आवेदन नहीं किया है, तो आपको आवेदन करने के तरीके के बारे में अधिक जानकारी के लिए अस्पताल से संपर्क करना चाहिए। यदि आप सहायता चाहते हैं, तो आप स्वास्थ्य उपभोक्ता गठबंधन को 888-804-3536 पर कॉल कर सकते हैं, या अधिक जानकारी के लिए [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) पर जा सकते हैं।

### फाइल कैसे करें

1. [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) पर ऑनलाइन फ़ाइल करें (यह फ़ाइल करने का सबसे तेज़ तरीका है)  
ऑनलाइन निर्देशों का पालन करें और शिकायत फॉर्म पर हस्ताक्षर करें।
2. यदि आप एक अधिकृत प्रतिनिधि का उपयोग कर रहे हैं, तो 'प्राधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म' भरें।"
3. अपने हालिया W-2 या छह महीने के भुगतान की एक प्रति संलग्न करें।



4. आप अन्य दस्तावेज़ शामिल कर सकते हैं जो आपके अनुरोध का समर्थन करते हैं जैसे कि निम्नलिखित में से कोई भी:
- अस्पताल से लिखित अनुमान
  - बिल की गई सेवाओं के लिए किए गए भुगतान को दर्शाने वाला कोई भी दस्तावेज़।
  - बिल की गई सेवाओं के बारे में आपकी स्वास्थ्य योजना या सरकारी बीमा कार्यक्रम के साथ कोई संचार।
  - सबूत चिकित्सा ऋण संग्रह को बेच दिया गया था या संग्रह को भेजे जाने का जोखिम है।
  - यदि आपका क्रेडिट स्कोर प्रभावित हुआ है तो आपकी क्रेडिट रिपोर्ट की एक प्रति।

कृपया ध्यान दें, केवल वही दस्तावेज़ जो आपकी शिकायत में सूचीबद्ध सेवा की तारीखों से संबंधित है, उस पर विचार किया जाएगा।

5. यदि आप ऑनलाइन सबमिट नहीं कर रहे हैं, तो कृपया अपना शिकायत प्रपत्र और कोई भी सहायक दस्तावेज़ इस पते पर मेल करें:

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

## अतिरिक्त परिवार सदस्य परिशिष्ट

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

यदि आपके पास जोड़ने के लिए अतिरिक्त पारिवारिक सदस्य हैं तो कृपया इस पृष्ठ को पूरा करें। यदि अधिक स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया अपनी शिकायत प्रस्तुत करने के लिए इस पृष्ठ की अतिरिक्त प्रतियां बनाएं।

### परिवार की जानकारी

18 वर्ष और उससे अधिक आयु के रोगियों के लिए, पूरा नाम, आयु और निम्नलिखित संबंध प्रदान करें: पति/पत्नी, घरेलू साथी, 21 वर्ष से कम उम्र के आश्रित बच्चे (चाहे घर पर रह रहे हों या नहीं)।)

18 वर्ष से कम आयु के रोगियों के लिए, निम्नलिखित का पूरा नाम, आयु और संबंध प्रदान करें: माता-पिता, देखभाल करने वाले रिश्तेदार, और माता-पिता या देखभाल करने वाले रिश्तेदारों के 21 वर्ष से कम उम्र के अन्य बच्चे।

संख्या	पूरा नाम	आयु	मरेज के साथ संबंध
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

## अधिकृत प्रतिनिधि फॉर्म

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- यदि आप किसी अन्य व्यक्ति को अपना प्रतिनिधित्व करने या अपनी शिकायत में सहायता करने की अनुमति देना चाहते हैं, तो नीचे भाग A और B को पूरा करें।
- **यदि आप माता-पिता या कानूनी अभिभावक हैं और 18 वर्ष से कम उम्र के बच्चे के लिए यह शिकायत दर्ज करा रहे हैं, तो आपको यह फॉर्म पूरा करने की आवश्यकता नहीं है।**
- यदि आप किसी मरीज के लिए यह शिकायत दर्ज कर रहे हैं और कानून द्वारा आपको मरीज की ओर से कार्रवाई करने के लिए नामित किया गया है, तो कृपया केवल भाग B पूरा करें। आपको उस दस्तावेज़ की एक प्रति संलग्न करनी होगी जो आपको मरीज के अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने का कानूनी अधिकार देती है।

### भाग A: मरीज द्वारा पूरा किया गया

मैं स्वास्थ्य देखभाल सेवा और सूचना विभाग (HCAI) के पास दायर अपनी शिकायत में भाग B में नीचे नामित व्यक्ति को मेरी ओर से कार्य करने की अनुमति देता हूँ। मैं HCAI स्टाफ को नीचे नामित व्यक्ति के साथ वित्तीय जानकारी और मेरी चिकित्सा स्थिति और संबंधित देखभाल के बारे में जानकारी साझा करने की अनुमति देता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ और स्वीकार करता/ती हूँ कि इन रिकॉर्ड्स में वित्तीय जानकारी, बिलिंग, चिकित्सा, मानसिक स्वास्थ्य, मादक द्रव्यों का सेवन, HIV, डायग्नोस्टिक इमेजिंग रिपोर्ट और शिकायत से संबंधित अन्य रिकॉर्ड शामिल हो सकते हैं।

इस अभ्यावेदन पर मेरी स्वीकृति स्वैच्छिक है, और मुझे इसे समाप्त करने का अधिकार है। अगर मैं इसे समाप्त करना चाहता/ती हूँ तो मुझे लिखित रूप में ऐसा करना होगा।

1. मरीज का हस्ताक्षर

2. मरीज का प्रिंट नाम

3. दिनांक:

### भाग B: मरीज की सहायता करने वाले व्यक्ति द्वारा पूरा किया गया

4. मरीज का नाम:

5. अधिकृत प्रतिनिधि का नाम:

6. मरीज से संबंध:

7. डाक पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड (5 अंक), देश का नाम

8. फ़ोन नंबर

9. ईमेल पता

10. अधिकृत प्रतिनिधि के हस्ताक्षर

11. दिनांक

12.  मरीज के अधिकृत प्रतिनिधि के रूप में कार्य करने के मेरे कानूनी अधिकार का दस्तावेज संलग्न है। (यदि लागू हो तो चेक करें)