

## 医疗保健获取计划 (HAP) – 上诉表格

### 指示说明

如果圣塔克拉拉县卫生系统 (CSCHS) 拒绝您的财务援助申请，或者您认为如果依照 CSCHS 的医疗保健获取计划 (HAP)，自己有资格获取更多的折扣，则您可以通过以下方式提出上诉：

1. 填写本表格第二页；并且
2. 在收到资格被拒或您不满意的决定信函后 30 天内，将填妥完整的表格连同任何理由支持上诉的证明文件，一并提交至以下之一的地址：

邮寄	现场送件
CSCHS Patient Business Services 5750 Fontanos Way, 1st Floor San José, CA 95138 Attention: Revenue Cycle Director	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

上诉理由内容中应解释为什么您不满意 CSCHS 最初发函所做出的资格被拒或决定。例如，如果您认为 CSCHS 决定有误，或者有其他数据需要酌情考量，请提供给我们。提醒您，您可以在以下网站找到完整 HAP 政策中所列出的资格要求：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

您可以连同填妥的上诉表一并提交证明文件。CSCHS 也可能会与您联系，要求您提交额外文件资料和/或信息。

CSCHS 会在收到您填妥完整的上诉表后 30 天内，对您的申诉案件作出裁定。如果仍维持最初的原判，您可以在第一次上诉被拒的 30 天之内，再次填写本表（附上任何支持文件），函送至以下地址，提交二次上诉：

邮寄	现场送件
CSCHS Finance Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B San José, CA 95128 Attention: Chief Financial Officer	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

CSCHS 会在收到您的上诉表后 30 天内，就二次上诉作出决定。任何二次上诉的决定将是最终的裁定。

如果您有任何疑问或需要协助填写表格，请拨打(866) 967-4677 (TTY: 711) (周一至周五上午，8 点至下午 5 点) 联系 Patient Access 部门，或亲临该部门位于：770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (周一至周五，上午 8 点至下午 4 点 30 分)。



## 医疗保健获取计划 (HAP) – 上诉表格

### 必填资料

向 CSCHS 提交本表之前，请完整填写以下所有字段。提供不完整的信息资料可能会导致您的申诉被延迟或遭拒绝。

患者或保证人全名(姓、名、中间名):	
出生日期(月/日/年):	病历号码 (如果知道) :
电子邮件:	<input type="checkbox"/> 如果同意透过安全电子邮件接收本上诉的通信， 请勾选此处
电话号码:	邮递地址:
被拒绝的日期或您不满意决定做出的日期:	
解释您对被拒或对做出的决定不满意的理由，以及您想请求的救济(如果您需要更多书写空间，请使用本表格做为额外页数提交):	

本人确认，本人上述所提供的内容皆属实无讹。

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
签名