

醫療保健獲取計劃 (HAP) – 上訴表格

指示說明

如果聖塔克拉拉縣衛生系統 (CSCHS) 拒絕您的財務援助申請，或者您認為如果依照 CSCHS 的醫療保獲取計劃 (HAP)，自己有資格獲取更多的折扣，則您可以透過以下方式提出上訴：

1. 填寫本表格第二頁；並且
2. 在收到資格被拒或您不滿意的決定信函後 **30 天內**，將填妥完整的表格連同任何理由支持上訴的證明文件，一併提交至以下之一的地址：

郵寄	現場送件
CSCHS Patient Business Services 5750 Fontanoso Way, 1st Floor San José, CA 95138 Attention: Revenue Cycle Director	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

上訴理由內容中應**解釋為什麼您不滿意 CSCHS 最初發函所做出的資格被拒或決定**。例如，如果您認為 CSCHS 決定有誤，或者有其他資料需要酌情考量，請提供給我們。提醒您，您可以在以下網站找到完整 HAP 政策中所列出的資格要求：<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>。

您可以連同填妥的上訴表一并提交證明文件。CSCHS 也可能會與您聯繫，要求您提交額外文件資料和/或信息。

CSCHS 會在收到您填妥完整的上訴表後 30 天內，對您的申訴案件作出裁定。如果仍維持最初的原判，您可以在第一次上訴被拒的 **30 天之內**，再次填寫本表(附上任何支持文件)，函送至以下地址，提交二次上訴：

郵寄	現場送件
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 會在收到您的上訴表後 30 天內，就二次上訴作出決定。任何二次上訴的決定將是最終的裁定。

如果您有任何疑問或需要協助填寫表格，請撥打 **(866) 967-4677 (TTY: 711)** (週一至週五上午，8 點至下午 5 點) 聯繫 Patient Access 部門，或親臨該部門位於：**770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128** (週一至週五，上午 8 點至下午 4 點 30 分)。



醫療保健獲取計劃 (HAP) – 上訴表格

必填資料

向 CSCHS 提交本表之前，請完整填寫以下所有欄位。提供不完整的信息資料可能會導致您的申訴被延遲或遭拒絕。

患者或保證人全名(姓、名、中間名):	
出生日期(月/日/年):	病歷號碼 (如果知道) :
電子郵件:	<input type="checkbox"/> 如果同意透過安全電子郵件接收本上訴的通信，請勾選此處
電話號碼:	郵遞地址:
被拒絕的日期或您不滿意決定做出的日期:	
解釋您對被拒或對做出的決定不滿意的理由，以及您想請求的救濟(如果您需要更多書寫空間，請使用本表格做為額外頁數提交):	

本人確認本人上述所提供的內容皆屬實無訛。

日期

簽名