



## برنامه دسترسی به خدمات درمانی (HAP) – فرم اعتراض

### دستورالعمل

اگر نظام سلامت شهرستان سانتا کلارا (CSCHS) درخواست کمک مالی شما را رد کرده است یا اگر فکر می‌کنید که میزان تخفیف شما در برنامه دسترسی به خدمات درمانی (HAP) متعلق به CSCHS باید افزایش یابد، می‌توانید اعتراض خود را به روش زیر مطرح کنید:

1. پر کردن صفحه دوم این فرم؛ و
2. ارسال فرم تکمیل شده (و مدارک پشتیبان اعتراض) به یکی از نشانی‌های زیر، ظرف 30 روز از تاریخ رد درخواست یا صدور رأیی که به آن معترض هستید:

تحویل حضوری	پستی
CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128	CSCHS Patient Business Services 5750 Fontanoso Way, 1st Floor San José, CA 95138 توجه: Revenue Cycle Director

در نامه اعتراض باید شرح دهید که دلیل اعتراض شما به رد شدن درخواست یا مخالفت با رأی CSCHS چیست. مثلاً اگر تشخیص دهید که اشتباهی رخ داده است و ما باید اطلاعات دیگری را نیز بررسی کنیم، باید این موضوع را ذکر نمایید. یادآوری می‌کنیم که سند کامل خطمشی HAP شامل همه الزامات صلاحیت را می‌توانید به‌طور آنلاین در این نشانی بیابید:

<https://health.sccgov.org/healthcare-access-program>.

شما می‌توانید مدارک پشتیبان خود را همراه فرم اعتراض تکمیل‌شده ارسال کنید. CSCHS ممکن است با شما تماس بگیرد و اطلاعات و یا مدارک تکمیلی مربوط به اعتراض را از شما درخواست نماید.

CSCHS، ظرف 30 روز از دریافت فرم اعتراض تکمیل‌شده، رأی خود درباره اعتراض را اعلام می‌دارد. اگر عدم‌پذیرش یا رأی اولیه تایید گردد، می‌توانید با پر کردن نسخه دیگری از این فرم (و مدارک پشتیبان احتمالی) و ارسال آن به نشانی زیر، دوباره اعتراض کنید. فرم اعتراض دوم باید ظرف 30 روز از تاریخ رد شدن اعتراض اولیه ارسال شود:

تحویل حضوری	پستی
CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128	CSCHS Finance Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B San José, CA 95128 توجه: Chief Financial Officer

CSCHS، ظرف 30 روز از دریافت فرم اعتراض تکمیل‌شده، رأی خود درباره اعتراض دوم را اعلام می‌کند. رأیی که برای اعتراض دوم صادر می‌شود، رأی نهایی خواهد بود.

اگر پرسشی دارید یا برای تکمیل این فرم به راهنمایی نیاز دارید، با بخش دسترسی بیماران به شماره (866) 967-4677 (TTY: 711) (از 8 صبح تا 5 ب.ظ، دوشنبه تا جمعه) تماس بگیرید، یا شخصاً به نشانی 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (از 8 صبح تا 4:30 ب.ظ، دوشنبه تا جمعه) مراجعه نمایید.



## برنامه دسترسی به خدمات درمانی (HAP) - فرم اعتراض

### اطلاعات لازم

پیش از ارسال فرم اعتراض به CSCHS، همه قسمت‌های زیر را پر کنید. ارائه اطلاعات ناقص ممکن است سبب بروز تاخیر در روند صدور رای یا موجب رد شدن اعتراض شود.

نام بیمار یا ضامن (نام خانوادگی، نام، نام میانی):	
تاریخ تولد (ماه/روز/سال):	شماره پرونده پزشکی (در صورت مشخص بودن):
نشانی ایمیل:	<input type="checkbox"/> اگر مایل هستید اسناد مربوط به این اعتراض را از طریق ایمیل امن دریافت کنید، اینجا را علامت بزنید
شماره تلفن:	نشانی پستی:
تاریخ رد شدن درخواست یا صدور رای که با آن مخالف هستید:	
توضیح دهید که چرا به رد شدن درخواست خود یا رای صادرشده معترض هستید و از نظر شما چه اقداماتی باید صورت بگیرد (اگر به جای بیشتری نیاز دارید، برگه‌های دیگری را به این فرم پیوست کنید):	

اعلام می‌کنم که اطلاعات ارائه‌شده درست و واقعی است.

امضا

تاریخ