



## Healthcare Access Program (HAP) - ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ

### ਹਿਦਾਇਤਾਂ

ਜੇ County of Santa Clara Health System (CSCHS) ਨੇ ਤੁਹਾਡੀ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅਰਜ਼ੀ ਨੂੰ ਅਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਜਾਂ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ CSCHS ਦੇ Healthcare Access Program (HAP) ਦੇ ਤਹਿਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਛੋਟ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹਨਾਂ ਦੁਆਰਾ ਅਪੀਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

1. ਇਸ ਫਾਰਮ ਦਾ ਦੂਜਾ ਪੰਨਾ ਭਰ ਕੇ; ਅਤੇ
2. ਆਪਣੇ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਫਾਰਮ (ਅਤੇ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼) ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੀ ਇਨਕਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਜਾਂ ਫੈਸਲਾ ਜਿਸ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ **ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ** ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੇ ਪਤਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ 'ਤੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰਕੇ:

ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ	ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਣਾ
CSCHS Patient Business Services 5750 Fontanoso Way, 1st Floor San José, CA 95138 ਧਿਆਨ ਦਿਓ: Revenue Cycle Director (ਰੇਵੇਨਿਊ ਸਾਈਕਲ ਡਾਇਰੈਕਟਰ)	CSCHS Patient Access Department (CSCHS ਮਰੀਜ਼ ਪਹੁੰਚ ਵਿਭਾਗ) 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ **ਵਰਣਨ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ** CSCHS ਵਲੋਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਕਿਉਂ ਹੋ। ਉਦਾਹਰਨ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸੋਚਦੇ ਹੋ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕੋਈ ਗਲਤੀ ਕੀਤੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਵਾਧੂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ ਜਿਸ ਬਾਰੇ ਸਾਨੂੰ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਸਾਨੂੰ ਦੱਸੋ। ਇੱਕ ਰੀਮਾਈਡਰ ਵਜੋਂ, ਤੁਸੀਂ ਸੰਪੂਰਨ HAP ਪਾਲਿਸੀ ਜੋ ਸਾਰੀਆਂ ਯੋਗਤਾ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਨੂੰ: <https://health.sccgov.org/healthcare-access-program> 'ਤੇ ਔਨਲਾਈਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। CSCHS ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ ਵੀ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਅਪੀਲ ਬਾਰੇ ਵਾਧੂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨੂੰ ਸਬਮਿਟ ਕਰੋ।

CSCHS ਤੁਹਾਡੇ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲਏਗਾ। ਜੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਫੈਸਲੇ ਨੂੰ ਬਰਕਰਾਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਦੂਜੀ ਕਾਪੀ ਪੂਰੀ ਕਰਕੇ ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਇਸਨੂੰ (ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ) ਤੁਹਾਡੀ ਪਹਿਲੀ ਅਪੀਲ ਦੇ ਇਨਕਾਰ ਦੇ **30 ਦਿਨਾਂ** ਦੇ ਅੰਦਰ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

ਡਾਕ ਦੁਆਰਾ	ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਦੇਣਾ
CSCHS Finance Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B San José, CA 95128 ਧਿਆਨ ਦਿਓ: Chief Financial Officer (ਮੁੱਖ ਵਿੱਤੀ ਅਫਸਰ)	CSCHS Patient Access Department (CSCHS ਮਰੀਜ਼ ਪਹੁੰਚ ਵਿਭਾਗ) 770 S. Bascom Avenue San José, CA 95128

CSCHS ਤੁਹਾਡੇ ਪੂਰੇ ਕੀਤੇ ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ 30 ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਿਸੇ ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ ਉੱਤੇ ਫੈਸਲਾ ਲਏਗਾ। ਦੂਜੀ ਅਪੀਲ 'ਤੇ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਫੈਸਲਾ ਅੰਤਿਮ ਹੋਵੇਗਾ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ ਜਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਨ ਲਈ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਪੇਸ਼ੈਂਟ ਐਕਸੈਸ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੂੰ (866) 967-4677 (TTY: 711) 'ਤੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਫ਼ੋਨ ਰਾਹੀਂ ਜਾਂ 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 ਵਿਖੇ (ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 4:30 ਵਜੇ, ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ) ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।



## Healthcare Access Program (HAP) - ਅਪੀਲ ਫਾਰਮ

### ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ CSCHS ਨੂੰ ਇਹ ਅਪੀਲ ਸਬਮਿਟ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੇਠਲੇ ਸਾਰੇ ਖੇਤਰ ਭਰੋ। ਅਧੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਪੀਲ ਵਿੱਚ ਦੇਰ ਜਾਂ ਇਨਕਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਮਰੀਜ਼ ਜਾਂ ਗਾਰੰਟਰ ਦਾ ਨਾਮ (ਆਖਰੀ, ਪਹਿਲਾ, ਵਿਚਕਾਰਲਾ):	
ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ (ਮਹੀਨਾ/ਦਿਨ/ਸਾਲ):	ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ (ਜੇ ਗਿਆਤ ਹੈ):
ਈਮੇਲ ਪਤਾ:	<input type="checkbox"/> ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਈ-ਮੇਲ ਦੁਆਰਾ ਇਸ ਅਪੀਲ ਬਾਰੇ ਸੰਚਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣ ਲਈ ਇੱਥੇ ਸਹੀ ਲਗਾਓ
ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਡਾਕ ਪਤਾ:
ਉਸ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਫੈਸਲੇ ਦੀ ਮਿਤੀ ਜਿਸਦੇ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਅਸਹਿਮਤ ਹੋ:	
ਸਮਝਾਓ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਨਕਾਰ ਜਾਂ ਫੈਸਲੇ ਦੇ ਨਾਲ ਅਸਹਿਮਤ ਕਿਉਂ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਨਿਵਾਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ (ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਥਾਂ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਧੂ ਪੰਨੇ ਸਬਮਿਟ ਕਰੋ):	

ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸੱਚੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

ਮਿਤੀ

ਹਸਤਾਖਰ

ਪੰਨਾ 2 ਕੁੱਲ 2

ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ:  
ਜਨਵਰੀ 2023