



## Chương trình tiếp cận chăm sóc sức khỏe (HAP) – Mẫu đơn khiếu nại

### Hướng dẫn

Nếu Hệ thống y tế của Hạt Santa Clara (CSCHS) từ chối Đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị hoặc nếu quý vị nghĩ rằng mình đủ điều kiện để được giảm giá nhiều hơn theo Chương trình tiếp cận chăm sóc sức khỏe (HAP) của CSCHS, thì quý vị có thể khiếu nại bằng cách:

1. Điền vào trang thứ hai của mẫu đơn này và
2. Nộp mẫu đơn đã điền đầy đủ (và bất kỳ giấy tờ nào hỗ trợ cho khiếu nại của quý vị) đến một trong các địa chỉ sau trong vòng **30 ngày** kể từ ngày bị từ chối hoặc với quyết định mà quý vị không đồng ý:

Qua đường bưu điện	Đến nộp trực tiếp
CSCHS Patient Business Services 5750 Fontanos Way, 1st Floor San Jose, CA 95138 Attention: Revenue Cycle Director	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San Jose, CA 95128

Trong đơn khiếu nại, quý vị nên **giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý** với quyết định hoặc từ chối ban đầu từ CSCHS. Ví dụ: nếu quý vị cho rằng chúng tôi có nhầm lẫn hoặc có thông tin bổ sung muốn chúng tôi nên xem xét, vui lòng cho chúng tôi biết. Xin nhắc lại, quý vị có thể tìm thấy quy định đầy đủ của HAP liệt kê tất cả các yêu cầu để đủ điều kiện trên mạng:

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

Quý vị có thể gửi các tài liệu giấy tờ hỗ trợ cùng với mẫu đơn khiếu nại đã điền đầy đủ. CSCHS cũng có thể liên hệ với quý vị để yêu cầu gửi thêm giấy tờ và/hoặc thông tin về khiếu nại của quý vị.

CSCHS sẽ đưa ra quyết định về khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được mẫu đơn khiếu nại đã điền đầy đủ. Nếu quyết định hoặc từ chối ban đầu được giữ nguyên, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại thứ hai bằng cách điền đầy đủ một bản sao khác của mẫu đơn này và nộp nó (và bất kỳ giấy tờ hỗ trợ nào) đến địa chỉ sau trong vòng **30 ngày** kể từ ngày đơn khiếu nại đầu tiên của quý vị bị từ chối:

Qua đường bưu điện	Đến nộp trực tiếp
CSCHS Finance Department 2325 Enborg Lane, Suite 360B San Jose, CA 95128 Attention: Chief Financial Officer	CSCHS Patient Access Department 770 S. Bascom Avenue San Jose, CA 95128

CSCHS sẽ đưa ra quyết định cho mọi khiếu nại lần thứ hai trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn khiếu nại đã điền đầy đủ. Quyết định cho bất kỳ khiếu nại thứ hai nào sẽ là quyết định cuối cùng.

**Nếu có thắc mắc hoặc cần giúp điền mẫu đơn này, vui lòng gọi Phòng Patient Access số (866) 967-4677 (Cho người câm điếc: 711) (8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu) hoặc gặp trực tiếp tại 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (8:00 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu).**



## Chương trình tiếp cận chăm sóc sức khỏe (HAP) – Mẫu đơn khiếu nại

### Chi tiết cần phải có

Vui lòng **điền đầy đủ tất cả các phần bên dưới** trước khi nộp đơn khiếu nại này cho CSCHS. Việc cung cấp thông tin không đầy đủ có thể dẫn đến việc khiếu nại của quý vị bị chậm trễ hoặc bị từ chối.

Tên bệnh nhân hoặc Người bảo lãnh (Họ, tên, chữ lót):	
Ngày sinh (Tháng/ngày/năm):	Số hồ sơ bệnh lý MRN (nếu biết):
Địa chỉ e-mail:	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây để đồng ý nhận việc liên lạc về khiếu nại này an toàn qua e-mail
Số điện thoại:	Địa chỉ:
Ngày từ chối hoặc ngày có quyết định mà quý vị không đồng ý:	
Giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý với sự từ chối hoặc quyết định và những gì quý vị đang yêu cầu trợ giúp (nếu quý vị cần thêm chỗ để ghi, vui lòng nộp các trang bổ sung cùng với mẫu đơn này):	

Tôi xác minh rằng những thông tin tôi cung cấp là đúng sự thật và chính xác.

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Chữ ký