

上诉表格- 过去账单折扣申请

指示说明

如果斯塔克拉拉县卫生系统 (CSCHS) 拒绝您针对 **2018 年 10 月 28 日至 2021 年 12 月 31 日** 期间转到催款部的医疗账单折扣财务援助申请，或者您认为自己有资格获得更高的折扣，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. 自收到资格拒绝或您不满意的决定函后 **30 天** 内，将您填写完整的表格（以及支持您上诉的任何文件）提交到以下地址：

CSCHS Patient Access Department
770 S. Bascom Avenue
San José, CA 95128
Attention: Revenue Cycle Director

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决定或拒绝。例如，如果您认为 CSCHS 决定有误，或者有其他资料需要酌情考量，请提供给我们。

您可以连同填写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 and/或信息。

CSCHS 会自收到您填写完整的上诉表后 **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（附上任何佐证文件），函送至以下地址，提交二次上诉：

CSCHS Patient Access Department
770 S. Bascom Avenue
San José, CA 95128
Attention: Chief Financial Officer

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。

如果您在填写此表格时有任何疑问或需要帮助，请透过电话 **1-408-494-7850** 或 **1-888-524-3317** (TTY: 711) (周一至周五上午 8 点至下午 4 点 30 分)、发送电子邮件至 **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org** 或亲临患者服务部 (Patient Access Department) **770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128** (週一至週五上午 8 點至下午 4 點 30 分)。您也可以致电健康消费者联盟 (Health Consumer Alliance)，这是一个以社区为主的法律服务网，可帮助您免费了解该表格，电话 **1-888-804-3536** (TTY: 711)。



上诉表格- 过去账单折扣申请

必填资料

提交 CSCHS 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: | |
| 解释您对被拒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