

Form ng Apela – Aplikasyon para sa Diskwento para sa mga Nakaraang Bayarin

Mga Tagubilin

Kung tinanggihan ng County of Santa Clara Health System (CSCHS) ang iyong **Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal para sa mga Pasyenteng ang mga Bayarin sa mga Serbisyo ng Ospital ay Ipinadala sa Koleksyon sa Pagitan ng Oktubre 28, 2018, at Disyembre 31, 2021**, o kung naniniwala kang kwalipikado ka para sa mas mataas na diskwento, maaari kang umapela sa pamamagitan ng:

1. Pagsagot sa pangalawang pahina ng form na ito; at
2. Pagsusumite sa iyong nakumpletong form (at anumang mga dokumentong sumusuporta sa iyong apela) sa sumusunod na address sa loob ng **30 araw** mula sa pagtanggap o desisyon na hindi mo sinasang-ayunan:

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

Dapat **ipaliwanag** ng iyong apela kung **bakit hindi ka hindi sumasang-ayon** sa paunang pagtanggap o desisyon na natanggap mo mula sa CSCHS. Halimbawa, kung sa tingin mo ay nagkamali kami o may karagdagang impormasyon na dapat naming isaalang-alang, mangyaring ipaalam sa amin.

Maaari kang magsumite ng mga sumusuportang dokumento kasama ng iyong nakumpletong form ng apela. Maaari ding makipag-ugnayan sa iyo ang CSCHS upang hilinging magsumite ka ng mga karagdagang dokumento at/o impormasyon tungkol sa iyong apela.

Ang CSCHS ay gagawa ng desisyon sa iyong apela sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang iyong nakumpletong form ng apela. Kung pinagtibay ang paunang pagtanggap o desisyon, maaari kang magsumite ng pangalawang apela sa pamamagitan ng pagkumpleto sa isa pang kopya ng form na ito at pagsusumite nito (at anumang mga sumusuportang dokumento) sa sumusunod na address sa loob ng **30 araw** mula sa pagtanggap sa iyong unang apela:

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

Ang CSCHS ay gagawa ng desisyon sa anumang pangalawang apela sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang iyong nakumpletong form ng apela. Ang desisyon sa anumang pangalawang apela ay magiging pinal.



Kung mayroon kang mga tanong o kailangan mo ng tulong sa pagsagot sa form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Departamento ng Access ng Pasyente sa pamamagitan ng telepono sa 1-408-494-7850 o 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes), sa pamamagitan ng e-mail sa FinancialAssistance@hhs.sccgov.org, o nang personal sa 770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes). Maaari mo ring tawagan ang Health Consumer Alliance, isang network ng mga serbisyong legal na nakabase sa komunidad na tutulong sa iyo na maunawaan ang form na ito nang walang bayad, sa 1-888-804-3536 (TTY: 711).

Form ng Apela – Aplikasyon para sa Diskwento para sa mga Nakaraang Bayarin

Kinakailangang Impormasyon

Pakikumpleto ang lahat ng patlang sa ibaba bago isumite ang form ng apela na ito sa CSCHS. Ang pagbibigay ng hindi kumpletong impormasyon ay maaaring magresulta sa pagkaantala o pagtangga sa iyong apela.

Pangalan ng Pasyente o Guarantor (Apelyido, Pangalan, Gitna):	
Petsa ng Kapanganakan (buwan/araw/taon):	Numero ng Medikal na Rekord (kung alam):
E-mail Address:	<input type="checkbox"/> Lagyan ng check dito upang pumayag na makatanggap ng mga komunikasyon tungkol sa apela na ito sa pamamagitan ng ligtas na e-mail
Numero ng Telepono:	Address sa Koreo:
Petsa ng Pagtangga o Desisyon na Hindi Mo Sinasang-ayunan:	
Ipaliwanag Kung Bakit Hindi Ka Sumasang-ayon sa Pagtangga o Desisyon at Anong Kaluwagan ang Hinihiling Mo (kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, mangyaring magsumite ng mga karagdagang pahina kasama ang form na ito):	

Pinatutunayan ko na totoo at tama ang impormasyong ibinigay ko.

Petsa

Lagda