



上訴表格- 過去帳單折扣申請

指示說明

如果聖塔克拉拉縣衛生系統 (CSCHS) 拒絕您針對 **2018 年 10 月 28 日至 2021 年 12 月 31 日期間轉到催款部的醫療帳單折扣財務援助申請**，或者您認為自己有資格獲得更高的折扣，您可以通過以下方式提出上訴：

1. 填寫本表格第二頁；並且
2. 在收到資格拒絕或您不滿意的決定信函後 **30 天內**，將您填妥完整的表格（以及支持您上訴的任何文件）提交到以下地址：

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

上訴理由內容中應**解釋為什麼您不滿意** CSCHS 最初發文所做出的資格決定或拒絕。例如，如果您認為 CSCHS 決定有誤，或者有其他資料需要酌情考量，請提供給我們。

您可以連同填妥的上訴表一并提交證明文件。CSCHS 也可能會與您聯繫，要求您提交額外文件資料和/或信息。

CSCHS 會在收到您填妥完整的上訴表後 30 天內，對您的申訴案件作出裁定。如果仍維持最初的原判，您可以在第一次上訴被拒的 **30 天之內**，再次填寫本表(並附上任何佐證文件)，函送至以下地址，提交二次上訴：

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

CSCHS 會在收到您的上訴表後 30 天內，就二次上訴作出決定。任何二次上訴的決定將是最終的裁定。

如果您在填寫此表格時有任何疑問或需要幫助，請透過電話 **1-408-494-7850** 或 **1-888-524-3317 (TTY: 711)** (週一至週五上午 8 點至下午 4 點 30 分)、發送電子郵件至 **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org** 或親臨患者服務部 (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)。您也可以致電健康消費者聯盟 (Health Consumer Alliance)，這是一個以社區為主的法律服務網，可幫助您免費瞭解該表格，電話 **1-888-804-3536 (TTY: 711)**。



上訴表格- 過去帳單折扣申請

必填資料

向 CSCHS 提交本表之前，請**完整填寫以下所有欄位**。提供不完整的信息資料可能會導致您的申訴被延遲或遭拒絕。

患者或保證人全名(姓、名、中間名):	
出生日期(月/日/年):	病歷號碼 (如果知道) :
電子郵件:	<input type="checkbox"/> 如果同意透過安全電子郵件接收本上訴的通信，請勾選此處
電話號碼:	郵遞地址:
被拒絕的日期:	
解釋您對被拒的決定不滿意的理由，以及您想請求的救濟(如果您需要更多書寫空間，請使用本表格做為額外頁數提交):	

本人確認本人上述所提供的內容皆屬實無訛。

日期

簽名