



Mẫu đơn khiếu nại – Đơn xin giảm chi phí cho các hóa đơn trước đây

Hướng dẫn

Nếu Hệ thống Y tế Hạt Santa Clara (CSCHS) bác **Đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị là bệnh nhân có các nhận hóa đơn bệnh viện đã được chuyển đến cơ quan thu hồi nợ từ ngày 28 tháng 10 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2021** hoặc nếu quý vị tin rằng mình hội đủ điều kiện để được giảm chi phí nhiều hơn, thì quý vị có thể khiếu nại bằng cách:

1. Điền vào trang thứ hai của đơn này và
2. Gửi đơn đã hoàn chỉnh của quý vị (cùng bất kỳ giấy tờ nào để hỗ trợ cho việc khiếu nại của quý vị) trong vòng 30 ngày kể từ ngày bị bác đơn hoặc nhận được quyết định mà quý vị không đồng ý đến địa chỉ sau:

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

Trong đơn khiếu nại, quý vị cần phải **giải thích tại sao quý vị không đồng ý** với việc bác đơn hoặc với quyết định lần đầu mà quý vị nhận được từ CSCHS. Ví dụ: nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã có sai lầm hoặc quý vị có thông tin bổ sung mà chúng tôi cần nên xem xét, vui lòng cho chúng tôi biết.

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

CSCHS sẽ đưa ra quyết định cho việc khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn khiếu nại hoàn chỉnh của quý vị. Nếu việc bác đơn hoặc quyết định lần đầu được giữ nguyên, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại thứ hai bằng cách nộp một bản khác của đơn này và gửi đi (cùng với các giấy tờ hỗ trợ) trong vòng **30 ngày** kể từ ngày đơn khiếu nại lần đầu tiên của quý vị bị bác đơn đến địa chỉ sau:

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

CSCHS sẽ đưa ra quyết định cho mọi đơn khiếu nại thứ hai trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được đơn khiếu nại hoàn chỉnh. Sự quyết định đơn khiếu nại thứ hai sẽ là quyết định cuối cùng.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào hoặc cần trợ giúp điền đơn này, vui lòng liên hệ với Phòng tiếp cận bệnh nhân Patient Access Department qua điện thoại số 1-408-494-7850 hoặc 1-888-524-3317 (cho người câm điếc số: 711) (8:00 sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu), gửi e-mail cho FinancialAssistance@hhs.sccgov.org hoặc gặp trực tiếp tại 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128 (8 giờ sáng đến 4:30 chiều, thứ Hai đến thứ Sáu). Quý vị cũng có thể gọi Health Consumer Alliance là một hệ thống các dịch vụ pháp lý miễn phí tại địa phương sẽ giúp quý vị hiểu biết thông báo này qua số 1-888-804-3536 (cho người câm điếc số: 711).

Mẫu đơn khiếu nại – Đơn xin giảm chi phí cho các hóa đơn trước đây

Thông tin cần cung cấp

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

Tên bệnh nhân hoặc người bảo trợ (họ, tên, chữ lót):	
Ngày sinh (tháng/ngày/năm):	Số hồ sơ bệnh lý (Nếu biết):
Địa chỉ E-mail:	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây để đồng ý nhận thông tin liên lạc về việc khiếu nại này qua e-mail bảo mật
Số điện thoại:	Địa chỉ gửi thư:
Ngày bị bác đơn hoặc quyết định mà quý vị không đồng ý:	
Giải thích lý do tại sao quý vị không đồng ý với việc bác đơn hoặc quyết định đưa ra và quý vị muốn yêu cầu trợ giúp việc gì (nếu quý vị cần thêm chỗ để ghi, vui lòng nộp các trang bổ sung cùng với đơn này):	

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

Ngày

Chữ ký