

البرنامج المركزي المعني بمناصرة المرضى لاستقبال طلبات
قانون المساعدات المالية بالمستشفيات (Patient Advocacy)
(Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Patient Advocacy

معلومات الاتصال

الاسم الأول: _____ الاسم الأخير: _____
التاريخ: _____

يُرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بك للإدارة

العنوان: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ ZIP: _____
هاتف للتواصل نهارًا: _____ هاتف بديل: _____
عنوان البريد الإلكتروني: _____
ما صلة قرابتك بالمريض؟: _____
هل ترغب في عدم الكشف عن هويتك؟ (انظر الشرح أعلاه) لا بريد إلكتروني مشفر

معلومات المريض

الاسم الأول: _____ الاسم الأخير: _____
تاريخ الموعد: _____ تواريخ المواعيد المستقبلية: _____
تاريخ الميلاد (سنة/ يوم/ شهر): _____ تاريخ الخروج من المستشفى، إن وُجد (سنة/ يوم/ شهر): _____

معلومات المنشأة

اسم المنشأة: _____
عنوان المنشأة: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ ZIP: _____

معلومات الشكوى

هل قدمت شكوى لدى المنشأة؟: نعم لا

ماذا حدث؟:

متى (التاريخ والوقت) وقعت المشكلة؟: _____ (سنة/يوم/ شهر) _____ (التوقيت بتنسيق 24 ساعة)

هل المشكلة لا تزال قائمة؟: نعم لا

هل النزيل / المريض لا يزال في المنشأة؟: نعم لا

كيف حدث ذلك؟:

هل هناك أطراف أخرى معنية، مثل موظفين آخرين أو أفراد من العائلة أو مرضى آخرين أو نزلاء أو زوار؟: نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد الأفراد:

هل يوجد شهود؟: نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد الأفراد:

هل اتخذت أي إجراءات؟: نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فوضح الإجراءات المتخذة:

هل تحدثت إلى ممثل المساعدات المالية (Financial Assistance Rep)، أو ممثل تجربة المرضى (Patient Experience Rep)، أو أي من موظفي المنشأة؟: نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد الأفراد:

هل الجهات المختصة بإنفاذ القانون معنية بالأمر؟: نعم لا

هل حاولت المنشأة معالجة الموقف؟: نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى التوضيح:

هل تعلم ما إذا كان هذا قد حدث من قبل للشخص نفسه أو لآخرين؟: نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى التوضيح:

يرجى استخدام المساحة أدناه لتقديم أي معلومات إضافية ترى أنها مهمة لإدراجها في شكواك. يُرجى ألا تتجاوز هذه المعلومات 10,000 كلمة.