

রোগী অধিকার সুরক্ষা কেন্দ্রীয় হাসপাতাল আর্থিক
সহায়তা আইন ইনটেক প্রোগ্রাম (Patient Advocacy
Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)

যোগাযোগের তথ্য

নামের প্রথম অংশ: _____ পদবি: _____

তারিখ: _____

অনুগ্রহ করে এই দপ্তরের জন্য আপনার যোগাযোগের তথ্য প্রদান করুন

ঠিকানা: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ ZIP: _____

দিনের বেলা ফোন নম্বর: _____ বিকল্প ফোন নম্বর: _____

ইমেল ঠিকানা: _____

রোগীর সাথে আপনার সম্পর্ক কী?: _____

আপনি কি নাম গোপন রাখতে চান? (উপরের ব্যাখ্যা দেখুন) না এনক্রিপ্ট করা ইমেল

রোগীর তথ্য

নামের প্রথম অংশ: _____ পদবি: _____

অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ: _____ ভবিষ্যৎ অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ: _____

জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____ ডিসচার্জের তারিখ, যদি প্রযোজ্য হয় (মাস/দিন/বছর): _____

ফেসিলিটির তথ্য

ফেসিলিটির নাম: _____

ফেসিলিটির ঠিকানা: _____

সিটি: _____ স্টেট: _____ ZIP: _____

অভিযোগের তথ্য

আপনি কি এই ফেসিলিটিতে কোনো অভিযোগ দায়ের করেছেন?: হ্যাঁ না

কী ঘটেছিল?: _____

সমস্যাটি কখন (তারিখ ও সময়) ঘটেছিল?: _____ (মাস/দিন/বছর) _____ (24-ঘণ্টা সময় পদ্ধতি)

সমস্যাটি কি এখনও চলছে?: হ্যাঁ না

আবাসিক/রোগী কি এখনও ফেসিলিটিতে আছেন?: হ্যাঁ না

এটি কীভাবে ঘটেছিল?: _____

এর সাথে কি অন্য কেউ জড়িত আছেন, যেমন অন্যান্য কর্মী, স্বেচ্ছাসেবক, পরিবারের সদস্য, অন্যান্য রোগী বা আবাসিক, দর্শনার্থী?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে সেই ব্যক্তিদের চিহ্নিত করুন: _____

কোনো প্রত্যক্ষদর্শী আছেন কি?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে সেই ব্যক্তিদের চিহ্নিত করুন: _____

আপনি কি কোনো ব্যবস্থা নিয়েছেন?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে কী ব্যবস্থা নেওয়া হয়েছে তা বর্ণনা করুন: _____

আপনি কি আর্থিক সহায়তা প্রতিনিধি (Financial Assistance Rep), রোগী পরিষেবা প্রতিনিধি (Patient Experience Rep) বা ফেসিলিটির কোনো কর্মীর সাথে কথা বলেছেন?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে সেই ব্যক্তিদের চিহ্নিত করুন: _____

এর সাথে কি আইন প্রয়োগকারী সংস্থা জড়িত আছে?: হ্যাঁ না

ফেসিলিটি কি পরিস্থিতিটি সমাধানের চেষ্টা করেছে?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে বর্ণনা করুন: _____

আপনি কি জানেন, একই ব্যক্তির সঙ্গে বা অন্য কারও সঙ্গে আগে এমনটা ঘটেছে কিনা?: হ্যাঁ না

যদি হ্যাঁ হয়, তবে বর্ণনা করুন: _____

আপনার অভিযোগে অন্তর্ভুক্ত করা গুরুত্বপূর্ণ বলে আপনি মনে করেন এমন কোনো অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করতে অনুগ্রহ করে নিচের স্থানটি ব্যবহার করুন। অনুগ্রহ করে এই তথ্য 10000 শব্দের মধ্যে সীমাবদ্ধ রাখুন।