

मरीज़ समर्थन केंद्रीकृत अस्पताल वित्तीय सहायता कानून  
इनटेक प्रोग्राम (Patient Advocacy Centralized Hospital  
Financial Aid Law Intake Program)

**संपर्क जानकारी**

पहला नाम: \_\_\_\_\_ अंतिम नाम: \_\_\_\_\_

तिथि: \_\_\_\_\_

**कृपया विभाग के लिए अपनी संपर्क जानकारी प्रदान करें**

पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

दिन का फ़ोन: \_\_\_\_\_ वैकल्पिक फ़ोन: \_\_\_\_\_

ईमेल पता: \_\_\_\_\_

मरीज़ से आपका क्या रिश्ता है?: \_\_\_\_\_

क्या आप गुमनाम रहना चाहते/चाहती हैं? (ऊपर दिया गया विवरण देखें) नहीं एन्क्रिप्टेड ईमेल

**मरीज़ की जानकारी**

पहला नाम: \_\_\_\_\_ अंतिम नाम: \_\_\_\_\_

अपॉइंटमेंट की तिथि: \_\_\_\_\_ अपॉइंटमेंट की भविष्य की तिथि: \_\_\_\_\_

जन्म तिथि (माह/दिन/वर्ष): \_\_\_\_\_ डिस्चार्ज की तिथि, यदि लागू हो (माह/दिन/वर्ष): \_\_\_\_\_

**सुविधा की जानकारी**

सुविधा का नाम: \_\_\_\_\_

सुविधा का पता: \_\_\_\_\_

शहर: \_\_\_\_\_ राज्य: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

## शिकायत की जानकारी

क्या आपने सुविधा के पास शिकायत दर्ज की है?: हाँ नहीं

क्या हुआ था?: \_\_\_\_\_

समस्या कब (तिथि और समय) हुई थी?: \_\_\_\_\_ (माह/दिन/वर्ष) \_\_\_\_\_ (24-घंटे का प्रारूप)

क्या समस्या अभी भी जारी है?: हाँ नहीं

क्या निवासी/मरीज़ अभी भी सुविधा में हैं?: हाँ नहीं

यह कैसे हुआ?: \_\_\_\_\_

क्या कोई और शामिल है, जैसे कि अन्य कर्मचारी, स्वयंसेवक, परिवार के सदस्य, अन्य मरीज़ या निवासी, आगंतुक?: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो व्यक्तियों की पहचान करें: \_\_\_\_\_

क्या कोई गवाह है?: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो व्यक्तियों की पहचान करें: \_\_\_\_\_

क्या आपने कोई कार्रवाई की है?: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो की गई कार्रवाइयों का वर्णन करें: \_\_\_\_\_

क्या आपने वित्तीय सहायता प्रतिनिधि (Financial Assistance Rep), मरीज़ अनुभव प्रतिनिधि (Patient Experience Rep) या फैसिलिटी के किसी कर्मचारी से बात की?: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो व्यक्तियों की पहचान करें: \_\_\_\_\_

क्या कानून प्रवर्तन एजेंसियाँ इसमें शामिल हैं?: हाँ नहीं

क्या सुविधा ने स्थिति को सुधारने का प्रयास किया है?: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो विवरण दें: \_\_\_\_\_

क्या आप जानते/जानती हैं कि क्या यह पहले इसी व्यक्ति के साथ, या दूसरों के साथ हुआ है?: हाँ नहीं

यदि हाँ, तो विवरण दें: \_\_\_\_\_

अपनी शिकायत में शामिल करने के लिए महत्वपूर्ण लगने वाली किसी भी अतिरिक्त जानकारी को प्रदान करने के लिए कृपया नीचे दिए गए स्थान का उपयोग करें। कृपया इस जानकारी को 10000 शब्दों तक सीमित रखें।