

**Programma centralizzato di presa in carico e di difesa dei  
diritti del paziente ai sensi della legge sugli aiuti finanziari in  
campo ospedaliero (Patient Advocacy Centralized Hospital  
Financial Aid Law Intake Program)**

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Bureau of Patient Advocacy

**CONTATTO**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**Comunichi il suo recapito al Dipartimento**

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Numero di telefono (ore diurne): \_\_\_\_\_ Altro numero di telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

Che rapporto ha con il paziente?: \_\_\_\_\_

Desidera mantenere l'anonimato? (vedere la spiegazione sotto)    No    Posta elettronica crittografata

**INFORMAZIONI SUL PAZIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data dell'appuntamento: \_\_\_\_\_ Date degli appuntamenti successivi: \_\_\_\_\_

Data di nascita (MM/GG/AAAA): \_\_\_\_\_ Data di dimissione, se applicabile (MM/GG/AAAA): \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA**

Nome della struttura: \_\_\_\_\_

Indirizzo della struttura: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

## INFORMAZIONI SUL RECLAMO

Ha presentato un reclamo nei confronti della struttura?:    Sì    No

Per quale motivo?: \_\_\_\_\_

Quando (data e ora) si è verificato il problema?: \_\_\_\_\_ (MM/GG/AAAA) \_\_\_\_\_ (formato 24 ore)

Il problema persiste?:    Sì    No

Il residente/paziente è ancora nella struttura?:    Sì    No

Come sono andate le cose?: \_\_\_\_\_

È coinvolto qualcun altro, ad esempio membri del personale, volontari, familiari, altri pazienti o residenti, visitatori?:    Sì    No

In caso affermativo indicare di chi si tratta: \_\_\_\_\_

Ci sono testimoni?:    Sì    No

In caso affermativo indicare di chi si tratta: \_\_\_\_\_

Ha fatto qualcosa?:    Sì    No

In caso affermativo indicare che cosa è stato fatto: \_\_\_\_\_

Ha parlato con un addetto all'assistenza finanziaria (Financial Assistance Rep), un addetto al servizio pazienti (Patient Experience Rep) o altro membro del personale della struttura?:    Sì    No

In caso affermativo indicare di chi si tratta: \_\_\_\_\_

Sono intervenute le forze dell'ordine?:    Sì    No

La struttura ha cercato di risolvere la situazione?:    Sì    No

In caso affermativo precisare: \_\_\_\_\_

Sa se lo stesso problema è già successo in passato alla stessa persona o ad altre persone?:    Sì    No

In caso affermativo precisare: \_\_\_\_\_

Utilizzi lo spazio sottostante per fornire ulteriori informazioni che ritiene importante inserire nel reclamo. Limitare il testo a 10.000 parole.