

환자 권익 옹호 중앙화 병원 재정 지원법 접수
프로그램(Patient Advocacy Centralized
Hospital Financial Aid Law Intake Program)

연락처 정보

이름: _____ 성: _____

날짜: _____

부서에 제출할 연락처 정보를 기재해 주십시오

주소: _____

시: _____ 주: _____ ZIP: _____

낮 시간 전화: _____ 대체 전화: _____

이메일 주소: _____

환자와의 관계: _____

익명으로 남기를 원하십니까? (위의 설명 참조) 아니요 암호화된 이메일

환자 정보

이름: _____ 성: _____

예약 날짜: _____ 향후 예약 날짜: _____

생년월일(월월/일일/년년년년): _____ 퇴원일(해당하는 경우)(월월/일일/년년년년): _____

시설 정보

시설 이름: _____

시설 주소: _____

시: _____ 주: _____ ZIP: _____

불만 제기 정보

시설에 불만을 제기한 적이 있습니까? 예 아니요

무슨 일이 있었습니까? _____

문제는 언제(날짜 및 시간) 발생하였습니까? _____ (월월/일일/년년년년) _____ (24시간제)

문제가 지속되고 있습니까? 예 아니요

입소자/환자가 아직 시설에 있습니까? 예 아니요

문제가 어떻게 발생하였습니까? _____

다른 직원, 자원봉사자, 가족, 다른 환자 또는 입소자, 방문객 등 관련된 다른 사람이 있습니까? 예 아니요

예라면, 해당 인물을 명시해 주십시오. _____

목격자가 있습니까? 예 아니요

예라면, 해당 인물을 명시해 주십시오. _____

어떠한 조치를 취하셨습니까? 예 아니요

예라면, 취한 조치를 설명해 주십시오. _____

재정 지원 담당자(Financial Assistance Rep), 환자 경험 담당자(Patient Experience Rep) 또는 시설 직원과 대화하셨습니까?

예 아니요

예라면, 해당 인물을 명시해 주십시오. _____

법 집행 기관이 관여되어 있습니까? 예 아니요

시설 측이 상황을 해결하려 시도한 적이 있습니까? 예 아니요

예라면, 설명해 주십시오. _____

같은 개인에게 또는 다른 사람들에게 이전에도 이런 일이 있었습니까? 예 아니요

예라면, 설명해 주십시오. _____

귀하의 불만 제기에 포함시키고 싶은 중요한 추가 정보가 있다면 아래 공간에 기재해 주십시오. 이 정보는 10,000단어 이내로 제한해 주십시오.