

बिरामी वकालत केन्द्रीकृत अस्पताल वित्तीय
सहायता कानून दर्ता कार्यक्रम (Patient Advocacy
Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)

सम्पर्क विवरण

नाम: _____ थर: _____

मिति: _____

कृपया विभागको लागि आफ्नो सम्पर्क विवरण उपलब्ध गराउनुहोस्

ठेगाना: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ZIP: _____

दिउँसोको फोन नम्बर: _____ वैकल्पिक फोन नम्बर: _____

इमेल ठेगाना: _____

बिरामीसँग तपाईंको नाता के हो?: _____

के तपाईं बेनामी रहन चाहनुहुन्छ? (माथिको व्याख्या हेर्नुहोस्) होइन इन्क्रिप्टेड इमेल

बिरामीको जानकारी

नाम: _____ थर: _____

अपोइन्टमेन्टको मिति: _____ भविष्यका अपोइन्टमेन्टको मितिहरू: _____

जन्म मिति (मम/दिदि/वववव): _____ डिस्चार्ज भएको मिति, लागू हुने भएमा (मम/दिदि/वववव): _____

संस्थाको जानकारी

संस्थाको नाम: _____

संस्थाको ठेगाना: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ZIP: _____

उजुरीको जानकारी

के तपाईंले संस्थामा उजुरी दर्ता गर्नुभएको छ?: हो होइन

के भएको थियो?: _____

समस्या कहिले (मिति र समय) भएको थियो?: _____ (मम/दिदि/वववव) _____ (24-घण्टे समय)

के समस्या जारी छ?: हो होइन

के बासिन्दा/बिरामी अझै पनि संस्थामा हुनुहुन्छ?: हो होइन

यो कसरी भयो?: _____

के यसमा अन्य कर्मचारी, स्वयंसेवक, परिवारका सदस्य, अन्य बिरामी वा बासिन्दा, आगन्तुकहरू जस्ता अरू कोही संलग्न छन्?: हो होइन

हो भने, व्यक्तिहरूको पहिचान गर्नुहोस्: _____

के कुनै साक्षीहरू छन्?: हो होइन

हो भने, व्यक्तिहरूको पहिचान गर्नुहोस्: _____

के तपाईंले कुनै कदम चाल्नुभएको छ?: हो होइन

हो भने, चालेका कदमहरूको वर्णन गर्नुहोस्: _____

के तपाईंले वित्तीय सहायता प्रतिनिधि (Financial Assistance Representative), बिरामी अनुभव प्रतिनिधि (Patient Experience Representative) वा संस्थाको कुनै पनि कर्मचारीसँग कुरा गर्नुभयो?: हो होइन

हो भने, व्यक्तिहरूको पहिचान गर्नुहोस्: _____

के कानून प्रवर्तन निकायहरू संलग्न छन्?: हो होइन

के संस्थाले स्थितिलाई सम्बोधन गर्ने प्रयास गरेको छ?: हो होइन

हो भने, वर्णन गर्नुहोस्: _____

के यो एउटै व्यक्तिलाई, वा अरूलाई पहिले पनि भएको थियो भन्ने कुरा तपाईंलाई थाहा छ?: हो होइन

हो भने, वर्णन गर्नुहोस्: _____

तपाईंलाई आफ्नो उजुरीमा समावेश गर्न महत्त्वपूर्ण लाग्ने कुनै पनि थप जानकारी उपलब्ध गराउन कृपया तलको खाली ठाउँ प्रयोग गर्नुहोस्।
कृपया यो जानकारी 10000 शब्दमा सीमित गर्नुहोस्।