

Программа приема по вопросам защиты интересов
пациентов и централизованного получения финансовой
помощи для оплаты больничного лечения в
соответствии с законодательством (Patient Advocacy
Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
Bureau of Patient Advocacy

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Имя: _____ Фамилия: _____

Дата: _____

Предоставьте вашу контактную информацию для Департамента

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ ZIP: _____

Номер телефона для звонков в рабочее время: _____

Дополнительный номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Кем вы приходитеесь пациенту? _____

Вы хотите сохранить анонимность? (см. объяснение выше) Нет Шифрованная эл. почта

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Имя: _____ Фамилия: _____

Дата приема: _____ Дата будущего приема: _____

Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ): _____ Дата выписки, если применимо (ММ/ДД/ГГГГ): _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ

Название учреждения: _____

Адрес учреждения: _____

Город: _____ Штат: _____ ZIP: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ЖАЛОБЕ

Вы подавали жалобу в учреждение? Да Нет

Что произошло? _____

Когда (дата и время) возникла проблема? _____ (ММ/ДД/ГГГГ) _____ (время в 24-часовом формате)

Проблема все еще имеет место? Да Нет

Постоялец/пациент все еще находится в учреждении? Да Нет

Как это произошло? _____

Задействованы ли другие лица, например другой персонал, волонтеры, члены семьи, другие пациенты или постояльцы, посетители? Да Нет

Если да, укажите этих лиц: _____

Имеются ли свидетели? Да Нет

Если да, укажите этих лиц: _____

Приняли ли вы какие-либо меры? Да Нет

Если да, опишите принятые меры: _____

Говорили ли вы с представителем по вопросам финансовой помощи (Financial Assistance Rep), представителем по вопросам качества обслуживания пациентов (Patient Experience Rep) или сотрудниками учреждения? Да Нет

Если да, укажите этих лиц: _____

Были ли привлечены правоохранительные органы? Да Нет

Пыталось ли учреждение урегулировать ситуацию? Да Нет

Если да, поясните: _____

Известны ли вам подобные случаи с тем же лицом или другими лицами? Да Нет

Если да, поясните: _____

Используйте место ниже для предоставления дополнительной информации, которую вы считаете важной для вашей жалобы. Объем этой информации не должен превышать 10 000 слов.