

患者权益倡导集中式医院财务援助法律受理项目  
(Patient Advocacy Centralized Hospital Financial  
Aid Law Intake Program)

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Bureau of Patient Advocacy

联系信息

名：\_\_\_\_\_ 姓：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

请提供您的联系方式以便本部门联系

地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ ZIP：\_\_\_\_\_

日间电话：\_\_\_\_\_ 备用电话：\_\_\_\_\_

电子邮箱地址：\_\_\_\_\_

您与患者是什么关系？\_\_\_\_\_

您是否希望保持匿名？（参见以上说明） 否 加密电邮

患者信息

名：\_\_\_\_\_ 姓：\_\_\_\_\_

预约日期：\_\_\_\_\_ 未来预约日期：\_\_\_\_\_

出生日期（月月/日日/年年年年）：\_\_\_\_\_ 出院日期（如适用）（月月/日日/年年年年）：\_\_\_\_\_

医疗设施信息

医疗设施名称：\_\_\_\_\_

医疗设施地址：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ ZIP：\_\_\_\_\_

## 投诉信息

您是否已向该设施提出投诉？ 是 否

发生了什么事情？ \_\_\_\_\_

问题何时发生（日期和时间）？ \_\_\_\_\_（月月/日日/年年年年） \_\_\_\_\_（24 小时制）

问题是否仍在持续？ 是 否

住户/患者目前是否仍在该设施内？ 是 否

事情是怎么发生的？ \_\_\_\_\_

是否还有其他人牵涉其中，例如其他工作人员、志愿者、家属、其他患者或住户、还是访客？ 是 否

如果是，请指明具体人员： \_\_\_\_\_

是否有任何证人？ 是 否

如果是，请指明具体人员： \_\_\_\_\_

您是否采取了任何行动？ 是  否

如果是，请描述所采取的行动： \_\_\_\_\_

您是否与财务援助代表 (Financial Assistance Rep)、患者体验代表 (Patient Experience Rep) 或该设施的任何工作人员交谈过？  
是 否

如果是，请指明具体人员： \_\_\_\_\_

执法机构是否介入？ 是 否

该设施是否已尝试解决这种情况？  是 否

如果是，请描述： \_\_\_\_\_

您知道这种情况之前是否在同一人身上发生过，或者在其他人身上发生过？ 是 否

如果是，请描述： \_\_\_\_\_

请在下方空白处提供您认为投诉中需要包含的任何其他重要信息。请将信息量限制在 10000 字以内。