

**פאציענט אדוואקאסי צענטראליזירטע שפיטאל  
פינאנציעלע הילף געזעץ אינטעיק פראגראם  
Patient Advocacy Centralized Hospital Financial Aid  
(Law Intake Program)**

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH  
Bureau of Patient Advocacy

**קאנטאקט אינפארמאציע**

ערשטע נאמען: \_\_\_\_\_ לעצטע נאמען: \_\_\_\_\_  
דאטום: \_\_\_\_\_

**ביטע שטעלט צו אייער קאנטאקט אינפארמאציע פאר די דעפארטמענט**

אדרעס: \_\_\_\_\_  
סיטי: \_\_\_\_\_ סטעיט: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
בייטאג טעלעפאן: \_\_\_\_\_ אנדערע טעלעפאן: \_\_\_\_\_  
אימעיל אדרעס: \_\_\_\_\_  
וויאזוי זענט איר פארבינדן מיטן פאציענט?: \_\_\_\_\_  
וילט איר בלייבן אנאנים? (זעט ערקלערונג אויבן) ניין פארזיכערטע אימעיל

**פאציענט אינפארמאציע**

ערשטע נאמען: \_\_\_\_\_ לעצטע נאמען: \_\_\_\_\_  
דאטום פון אפוינטמענט: \_\_\_\_\_ צוקונפטיגע דאטום פון אפוינטמענט: \_\_\_\_\_  
דאטום פון געבורט (מ/מ/טט/יyyy): \_\_\_\_\_ דאטום פון דיסטשארדזש, אויב שייך (מ/מ/טט/יyyy): \_\_\_\_\_

**פאסיליטעט אינפארמאציע**

פאסיליטעט נאמען: \_\_\_\_\_  
פאסיליטעט אדרעס: \_\_\_\_\_  
סיטי: \_\_\_\_\_ סטעיט: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

האט איר איינגעגעבן א קלאגע מיט די פאסיליטעט?:  יא  ניין

וואס האט פאסירט?: \_\_\_\_\_

ווען (דאטום און צייט) האט פאסירט די פראבלעם?: \_\_\_\_\_ (ממ/טט/יyyy) \_\_\_\_\_ (מיליטערישע צייט)

גייט נאך אן די פראבלעם?:  יא  ניין

איז די איינוואוינער/פאציענט נאך אין די פאסיליטעט?:  יא  ניין

וויאזוי האט דאס פאסירט?: \_\_\_\_\_

איז נאך איינער פארמישט, ווי אנדערע שטאב, וואלונטירן,

פאמיליע מיטגלידער, אנדערע פאציענטן אדער איינוואוינער, באזוכער?:  יא  ניין

אויב יא, אידענטיפיצירט די מענטשן: \_\_\_\_\_

זענען דא סיי וועלכע עדות?:  יא  ניין

אויב יא, אידענטיפיצירט די מענטשן: \_\_\_\_\_

האט איר גענומען סיי וועלכע שריט?:  יא  ניין

אויב יא, שילדערט וועלכע שריט איר האט גענומען: \_\_\_\_\_

האט איר גערעדט מיט די פינאנציעלע הילף פארשטייער (Financial Assistance Rep), פאציענט

ערפארונג פארשטייער (Patient Experience Rep) אדער סיי וועלכע שטאב פונעם פאסיליטעט?:  יא  ניין

אויב יא, אידענטיפיצירט די מענטשן: \_\_\_\_\_

זענען געזעץ ענפארסירונג אגענטורן פארמישט?:  יא  ניין

האט די פאסיליטעט פרובירט צו אדרעסירן די פאסירונג?:  יא  ניין

אויב יא, שילדערט: \_\_\_\_\_

ווייסט איר אויב דאס האט שוין פאסירט צו די זעלבע מענטש אדער צו אנדערע?:  יא  ניין

אויב יא, שילדערט: \_\_\_\_\_

ביטע נוצט די פלאץ אונטן צו צושטעלן סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וואס איר שפירט איז וויכטיג אריינצוגעבן מיט

אייער קלאגע. ביטע באגרעניצט די אינפארמאציע צו 10000 ווערטער.