



**KWAME RAOUL
PROKURATOR GENERALNY**

Health Care Bureau
115 S. LaSalle Street
Chicago, Illinois 60603

Gorąca Linia: 1-877-305-5145 Numer Faxu: 1-312-793-0802
Website: www.IllinoisAttorneyGeneral.gov Email: HealthCare@ilag.gov

Rev.01/24

TWOJE INFORMACJE

Imię i Nazwisko: _____

Adres: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod: _____ Chrabstwo: _____

Numer Tel.: _____ Numer Tel. Komórkowego: _____

Adres E-mailowy: _____

INFORMACJE PACJENTA

Nazwisko Pacjenta: _____

Adres: _____

Miasto: _____

Stan: _____ Kod: _____ Chrabstwo: _____

Numer Tel.: _____ Data Urodzenia: _____

Obywatel: Tak Nie

WNIOSEK OSKARŻAJĄCY (INFORMACJE POZWANEGO)

Nazwa Ubezpieczenia: _____ Kontakt: _____ Nr. Tel.: _____

Adres: _____ Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod: _____

Numer Konta: _____ Data wizyty/usługi: _____

Czy roszczenie jest egzekwowane przez firmę windykacyjną (Collection)? Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać nazwę, numer telefonu, konta oraz imię i nazwisko przedstawiciela:

Koszt całkowity: _____ Suma zapłacona: _____ Pozostała kwota: _____

Kto dokonał wpłaty (Np. ubezpieczenie, firma)? _____

Forma zapłaty: (Np. gotówką, czekiem, kartą, itd.) _____

Czy składał Pan/Pani zażalenie do Firmy/Osoby? Tak Nie

Zażalenie złożone przez: Poczcie elektroniczną Telefonicznie Osobiscie Faxem Inne: _____

Osoba z którą Pan/Pani się kontaktowała: _____ Stanowisko: _____ Nr. Tel.: _____

Jaką otrzymał Pan/Pani odpowiedź: _____ Data odpowiedzi: _____

Czy podpisał Pan/ Pani kontrakt? Tak Nie Jeżeli tak, to proszę dołączyć kopię.

Czy produkt/serwis był reklamowany? Tak Nie Proszę dołączyć kopię reklamy.

Kto Panu/Pani polecił to miejsce? _____ Czy toczy się sprawa w sądzie? Tak Nie

Czy roszczenie było złożone w innej agencji/u prawnika? Tak Nie

Jeżeli tak, proszę podać informację oraz numer telefonu: _____

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Nazwa Ubezpieczenia: _____	Kontakt: _____	Nr. Tel.: _____
Adres: _____	Miejscowość: _____	Stan: _____ Kod: _____
Rodzaj Planu: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Dentystyczny <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Inne: _____		
Nazwa Firmy: _____	Nr. Tel.: _____	Ubezpieczenie prywatne? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Adres Firmy: _____	Miejscowość: _____	Stan: _____ Kod: _____
Właściciel polisy ubezpieczeniowej: _____	Grupa: _____	ID#: _____

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU UZUPEŁNIAJACYM W DNIU WIZYTY/USŁUGI

Nazwa Ubezpieczenia: _____	Kontakt: _____	Nr. Tel.: _____
Adres: _____	Miejscowość: _____	Stan: _____ Kod: _____
Rodzaj planu: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Dentystyczny <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Inne: _____		
Właściciel polisy ubezpieczeniowej: _____	Grupa: _____	ID#: _____

OPISZ SWOJ PROBLEM. (Proszę użyć dodatkowego arkusza papieru w razie potrzeby, jak również proszę dołączyć kopię dokumentów dotyczących sprawy). NIE PRZYJMujemy ORYGINAŁÓW.

JAKIEGO ROZWIĄZANIA SPODZIEWAJĄ SIĘ PAŃSTWO? (Np. wymiany, naprawy, zwrotu pieniędzy, dostawy produktu, itd.).

Składając skargę, rozumiem, że Prokurator Generalny nie jest prywatnym pełnomocnikiem, a raczej egzekwuje prawa mające na celu ochronę opinii publicznej przed wprowadzeniem w błąd oraz niezgodnymi praktykami prawnymi. Rozumiem również, że jeśli mam pytania dotyczące moich praw i obowiązków, powinienem skontaktować się z prywatnym pełnomocnikiem. Nie zgłaszam sprzeciwu wobec treści tej skargi, przekazanej firmie lub osobie, przeciwko której skarga jest skierowana, chyba że zaznaczono pole poniżej. Potwierdzam iż, powyższa skarga jest prawdziwa i zgodna z moją wiedzą.

Podpis

Data

Zaznacz tutaj, jeśli chcesz powiadomić nasz urząd o swojej sytuacji, ale nie chcesz, aby rozpoczął się proces mediacji.

Zalecamy także wydrukowanie dodatkowej kopii wypełnionego formularza dla własnych.