



**KWAME RAOUL
PROKURATOR GENERALNY**

Health Care Bureau
100 West Randolph Street
Chicago, Illinois 60601

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

Rev.0222

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.