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
TTY: 1-800-964-3013; Website: www.IllinoisAttorneyGeneral.gov

Rev.0319

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 składal Pan/Pani zażalenie do Firmy/Osoby? ☐ Tak ☐ Nie

Zażalenie złożone przez: ☐ Poczte elektroniczną ☐ Telefonicznie ☐ Osobiscie ☐ Faxem ☐ Inne: _____

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

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

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

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

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

Czy roszczenie bylo 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: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Dentystyczny ☐ Medicare ☐ Inne: _____

Nazwa Firmy: _____ Nr. Tel.: _____ Ubezpieczenie prywatne? ☐ Tak ☐ 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: ☐ HMO ☐ PPO ☐ Dentystyczny ☐ Medicare ☐ Inne: _____

Właściciel polisy ubezpieczeniowej: _____ Grupa: _____ ID#: _____

OPISZ SWOJ PROBLEM. (Proszę użyć dodatkowego arkusza papieru w razie potrzeby, jak również proszę dołączyć kopię dokumentów dotyczacych sprawy). NIE PRZYJMUJEMY ORYGINAŁOW.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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 iz, 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.

Wydrukuj Forme

Zresetuj Forme