Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Đối Với Cơ Quan Chính Phủ

Inland Empire Health Plan

Yêu Cầu Bồi Thường Đối Với Cơ Quan Chính Phủ

Nếu quý vị muốn đệ trình yêu cầu bồi thường đối với cơ quan chính phủ cho Chương trình Bảo hiểm Y tế Inland Empire Health Plan ("IEHP") theo Đạo Luật Yêu Cầu Bồi Thường Đối Với Chính Phủ của Tiểu Bang California (Bộ Luật Chính Phủ, Mục §§ 900–935.6), yêu cầu của quý vị phải được lập thành văn bản và gửi trực tiếp hoặc qua đường bưu điện đến:

Secretary to the Governing Board
Inland Empire Health Plan
10801 Sixth Street
Rancho Cucamonga, CA 91730

Theo quy định tại Mục 915(a) của Bộ Luật Chính Phủ, các yêu cầu bồi thường phải được gửi trực tiếp hoặc thông qua dịch vụ bưu chính Hoa Kỳ đến Thư Ký Hội Đồng Quản Trị (Secretary to the Governing Board). IEHP không chấp nhận các yêu cầu bồi thường đối với cơ quan chính phủ được gửi dưới hình thức điện tử. Các yêu cầu bồi thường gửi qua email, fax, mẫu đơn trực tuyến hoặc các phương thức điện tử khác sẽ không được xem là đã được tiếp nhận theo quy định của Đạo Luật Yêu Cầu Bồi Thường Đối Với Chính Phủ (Government Claims Act, hoặc GCA).

Nếu có thắc mắc liên quan đến quy trình yêu cầu bồi thường, quý vị có thể liên lạc với Ban Pháp Lý (Legal Department) qua địa chỉ email legal@iehp.org. Vui lòng lưu ý rằng việc gửi câu hỏi đến Ban Pháp Lý không đồng nghĩa với việc đã chính thức đệ trình yêu cầu bồi thường.

THÔNG TIN CỦA NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Họ	Tên	Tên Đệm

Số Điện Thoại	Địa Chỉ Email

Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP

ĐỊA CHỈ NHẬN THÔNG BÁO (nếu khác với thông tin nêu trên)

Vui lòng cung cấp địa chỉ và số điện thoại mà quý vị muốn dùng để nhận các thông báo hoặc thông tin liên lạc liên quan đến yêu cầu bồi thường này, nếu khác với địa chỉ đã nêu ở trên (ví dụ: địa chỉ của luật sư hoặc người đại diện được ủy quyền)

Tên	Số Điện Thoại

Địa Chỉ Gửi Thư	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP

THÔNG TIN VỀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Tên (các) Nhân viên hoặc (các) Phòng ban của IEHP có liên quan, nếu biết:	
Ngày Xảy Ra Sự Cố (tháng/ngày/năm)	Địa Điểm Xảy Ra Sự Cố

Mô Tả Cụ Thể Về Thiệt Hại Hoặc Thương Tích (nêu rõ bản chất và mức độ của thiệt hại hoặc thương tích đó):

_____

_____

_____

Các Hoàn Cảnh Dẫn Đến Thiệt Hại Hoặc Thương Tích:

_____

_____

_____

Mẫu Đơn Yêu Cầu Bồi Thường Đối Với Cơ Quan Chính Phủ

Inland Empire Health Plan

THÔNG TIN VỀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG (tiếp theo)

Số Tiền Yêu Cầu Bồi Thường:

☐ Hạn mức giới hạn (từ $25,000 trở xuống) ☐ Không giới hạn (trên $25,000)

☐ Số tiền yêu cầu (bắt buộc nếu từ $10,000 trở xuống)_____

Cơ sở/Cách tính số tiền khiếu nại (bắt buộc nếu từ $10,000 trở xuống):

THÔNG BÁO VÀ CHỮ KÝ

Tôi xin cam đoan, dưới hình phạt khai man theo luật của Tiểu bang California, rằng những thông tin nêu trên là đúng sự thật và chính xác; đồng thời xác nhận rằng tôi là người yêu cầu bồi thường hoặc là người được ủy quyền để thay mặt người yêu cầu bồi thường thực hiện các thủ tục này. Tôi hiểu rằng việc đưa ra một yêu cầu bồi thường sai sự thật hoặc gian lận là hành vi vi phạm luật pháp California và có thể dẫn đến các hình phạt hình sự.

Chữ Ký	Ngày

Họ Và Tên (Ghi Bằng Chữ In)

Lưu Ý: Vui lòng đính kèm bản sao các tài liệu hỗ trợ (ví dụ: hồ sơ bệnh án, hình ảnh, biên lai) cùng với yêu cầu bồi thường của quý vị. Không nộp các tài liệu gốc. IEHP không chịu trách nhiệm đối với các tài liệu gốc được gửi kèm theo yêu cầu bồi thường.

©2026 Inland Empire Health Plan. Một Tổ Chức Công. Bảo Lưu Mọi Quyền. MS_26_9418434_VI