政府索赔申请表

Inland Empire Health Plan

政府侵权索赔

如果您希望根据加州政府索赔法（政府法典第 900–935.6 条）对 Inland Empire Health Plan (“IEHP”) 提出政府侵权索赔，您的索赔必须以书面形式提交，并送达或邮寄至：

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

根据政府法典第 915(a) 条规定，索赔必须通过亲自递送或美国邮政邮寄等方式提交给理事会秘书处。IEHP 不接受以电子方式提交政府侵权索赔。根据政府索赔法，通过电邮、传真、网上表格或其它电子方式提交的索赔申请将不被视为已正式接收。

有关索赔流程的问题，您可以联络法务部门，电邮地址为 legal@iehp.org。请注意，向法务部门提出询问并不表示提出索赔。

索赔申请人信息

姓氏	名字	中间名缩写
电话号码	电邮地址	
邮寄地址	城市	州	邮政编码

通知地址（如与上述地址不同）

如与上述地址不同，请提供您希望接收有关此索赔通知或通讯的地址和电话号码（例如，律师或授权代表的地址）

姓名	电话号码	
邮寄地址	城市	州	邮政编码

索赔信息

请提供涉事 IEHP 员工姓名或部门名称（如知道）：	
事件发生日期（月 / 日 / 年）	事件地点

具体损害或伤害说明（请描述损害或伤害的性质和程度）：

_____

_____

_____

导致损害或伤害的情况：

_____

_____

_____

政府索赔申请表

Inland Empire Health Plan

Inland Empire Health Plan — 政府索赔申请表（续）

索赔信息（续）

索赔金额：

☐ 有限制（$25,000 或以下）　　☐ 无限制（超过 $25,000）

☐ 索赔金额（$10,000 或以下时为必填）_____

索赔金额依据 / 计算方法（$10,000 或以下时为必填）：

通知和签名

本人谨依据加州法律，在伪证罪处罚的约束下声明，以上所述内容均真实无误，且本人为索赔申请人或是获得授权代表索赔申请人行事。本人了解，提出虚假或欺诈性索赔违反加州法律，且可能会受到刑事处罚。

签名	日期

正楷姓名

附注：请将任何证明文件的副本（例如，病历、照片、收据）附在您的索赔申请中。请勿提交原始文件。IEHP 不对提出索赔时提交的原始文件负责。

©2026 Inland Empire Health Plan. 公共实体。保留所有权利。MS_26_9418434_CH