

Twin City Medical Center **Hướng dẫn về Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính**

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính tại trang *CommonSpirit Health* (cơ sở được NHSC phê duyệt).

CommonSpirit Health cung cấp hỗ trợ tài chính cho những người và gia đình đáp ứng các yêu cầu nhất định về thu nhập. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc được chiết khấu dựa trên quy mô và thu nhập gia đình của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Dịch vụ hỗ trợ được cung cấp cho những bệnh nhân có thu nhập gia đình thấp hơn 400% so với Hướng dẫn Mức nghèo của Liên bang. Có thể tìm thấy thông tin về Hướng dẫn Mức nghèo của Liên bang trên trang <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Dịch vụ hỗ trợ tài chính bao gồm những gì? Dịch vụ hỗ trợ tài chính của bệnh viện bao gồm các dịch vụ nội trú phù hợp do CommonSpirit Health cung cấp tùy vào tính đủ điều kiện của quý vị. Chương trình hỗ trợ tài chính có thể không bao trả tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, kể cả những dịch vụ do tổ chức khác cung cấp.

Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần trợ giúp hoàn thành đơn này: Quý vị có thể yêu cầu giúp đỡ vì lý do gì, bao gồm trợ giúp cho người khuyết tật và trợ giúp về ngôn ngữ theo số: 844-428-7500

Để đơn của quý vị được xử lý, quý vị phải:

- Cho chúng tôi biết thông tin về gia đình quý vị
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)
- Cung cấp hồ sơ giấy tờ chứng minh thu nhập của gia đình
- Kèm thêm thông tin khác nếu cần
- Ký tên và điền ngày vào đơn

Gửi đơn đăng ký đã hoàn thành qua đường bưu điện hoặc fax kèm tất cả hồ sơ giấy tờ chứng minh đến: Twin City Medical Center, Attn: Financial Counselor, 819 N First Street. Dennison, OH 44621
Fax: 740-922-7412. Nhớ giữ lại cho quý vị một bản.

Để trực tiếp gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị, hãy đến: Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết quyết định cuối cùng về tình trạng hội đủ điều kiện và quyền kháng cáo của quý vị, nếu áp dụng, trong vòng 30 ngày kể từ lúc nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh cùng với giấy tờ chứng minh thu nhập.

Bằng việc nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho phép chúng tôi đặt các câu hỏi cần thiết để xác nhận thông tin và nghĩa vụ tài chính.

Chúng tôi rất muốn trợ giúp. Vui lòng nhanh chóng nộp đơn!

Quý vị vẫn có thể nhận hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị.

Twin City Medical Center

Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính (các cơ sở được NHSC chấp thuận) - Bảo mật

Vui lòng điền hoàn chỉnh tất cả các thông tin. Nếu không áp dụng, hãy ghi "NA". Gửi kèm các giấy tờ bổ sung nếu cần.

THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần phiên dịch viên không? **Có** **Không** *Nếu Có, hãy cho biết ngôn ngữ ưu tiên:*

Bệnh nhân có nhận các dịch vụ công của tiểu bang như phiếu thực phẩm hoặc chương trình WIC (Hỗ trợ Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em) không? **Có** **Không**

Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hơi hay chấn thương lao động không? **Có** **Không**

Danh sách (các) bệnh viện CommonSpirit Health nơi quý vị đã điều trị:

XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện hưởng trợ giúp tài chính dù quý vị làm đơn xin.
- Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI LÀM ĐƠN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
Ngày sinh	Mã số Tài khoản của Bệnh nhân:	(Các) số điện thoại liên hệ chính () _____ () _____
Người Chịu trách nhiệm Chi trả Hóa đơn	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Ngày sinh
Địa chỉ nhận thư		Địa chỉ email: _____
Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm chi trả hóa đơn		
<input type="checkbox"/> Có việc làm (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> Không việc làm (khoảng thời gian không việc làm: _____) <input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)		

THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong hộ gia đình, kể cả quý vị. "Gia đình" bao gồm từ hai người trở lên có mối quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi và sống chung với nhau. Nếu một bệnh nhân có thể khai người nào đó là người phụ thuộc trong bản khai thuế thu nhập, thì người đó sẽ là thành viên của gia đình Bệnh nhân cho các mục đích của Đơn này.

QUY MÔ GIA ĐÌNH _____

Đính kèm trang bổ sung nếu cần

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên của (những) người sử dụng lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Có đang xin trợ giúp tài chính không?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Quý vị phải tiết lộ thu nhập của tất cả các thành viên là người lớn trong gia đình. Nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ như:

- Tiền lương - Tiền trợ cấp thất nghiệp - Tự kinh doanh - Tiền bồi thường tai nạn lao động - Trợ cấp Khuyết tật - SSI
- Tiền cấp dưỡng con/cấp dưỡng vợ chồng - Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Thu nhập hưu trí
- Khác (*vui lòng ghi rõ*):

Twin City Medical Center
Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính - Bảo mật

THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

HÃY NHỚ RẰNG: Quý vị phải nộp kèm chứng từ chứng minh thu nhập trong đơn xin của quý vị.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình mình. Chúng tôi yêu cầu xác minh thu nhập để quyết định việc hỗ trợ tài chính.

Tất cả các thành viên từ 18 tuổi trở lên trong gia đình đều phải kê khai thu nhập. Cung cấp chứng từ của mỗi nguồn thu nhập đã khai.

Ví dụ về giấy tờ chứng minh thu nhập bao gồm:

- Hồ sơ khai thuế thu nhập năm ngoài, kèm theo các bản liệt kê (schedules) nếu có; hoặc
- Báo cáo khấu lưu "W-2"; hoặc
- Cuống phiếu tiền lương hiện tại (3 tháng); hoặc
- Giấy xác nhận, có chữ ký của người sử dụng lao động hoặc người khác; hoặc
- Giấy chấp thuận/khước từ tình trạng hợp lệ hưởng tiền thất nghiệp.

Nếu quý vị không có giấy tờ chứng minh thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng gửi kèm một trang nữa để giải thích cách quý vị chi trả các chi phí sinh hoạt cơ bản (chẳng hạn như nhà ở, thực phẩm và điện nước).

THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng nộp kèm thêm trang nữa nếu xét thấy vẫn còn thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết đến, chẳng hạn như khó khăn tài chính, chi phí y tế quá mức, thu nhập tạm thời hoặc thời vụ hay tổn thất cá nhân.

SỰ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng CommonSpirit Health có thể kiểm chứng thông tin bằng cách thu thập thông tin từ những nguồn khác để hỗ trợ việc xác định tính hội đủ điều kiện được hưởng hỗ trợ tài chính hoặc các chương trình thanh toán.

- Tôi xác nhận những thông tin tôi đã cung cấp là đúng sự thật và chính xác theo mức độ hiểu biết cao nhất của tôi.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không hợp tác với CommonSpirit Health trong việc cung cấp thông tin được yêu cầu, đơn đăng ký của tôi có thể bị từ chối.
- Tôi hiểu rằng thông tin tôi gửi sẽ được CommonSpirit Health xác minh
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu cung cấp thêm thông tin để đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

Nếu quý vị nhận được khoản thanh toán từ công ty bảo hiểm, gói tiền bồi thường cho người lao động do tai nạn lao động hoặc từ bất kỳ bên thứ ba nào khác, quý vị đồng ý thông báo cho bệnh viện về bất kỳ khoản thanh toán nào như vậy. Bệnh viện có quyền thu các khoản phí ban đầu, được lập hóa đơn đầy đủ nếu bên thứ ba thanh toán các dịch vụ bệnh viện cho quý vị.

Chữ ký của Người Nộp đơn

Ngày