

Hướng dẫn Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc từ thiện) tại PeaceHealth.

PeaceHealth cung cấp hỗ trợ tài chính theo các yêu cầu của tiểu bang và liên bang cho những người và gia đình đáp ứng các yêu cầu thu nhập cụ thể. Quý vị có thể đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí hoặc giảm phí dựa trên quy mô gia đình và thu nhập, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Để xem Chính sách Hỗ trợ Tài chính của PeaceHealth và thông tin bổ sung, vui lòng truy cập peacehealth.org.

Hỗ trợ tài chính bao trả những gì?

Hỗ trợ tài chính bệnh viện bao trả các dịch vụ tại bệnh viện phù hợp do PeaceHealth cung cấp tùy thuộc vào điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính không thể bao trả mọi chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp.

If you have questions or need help completing this application: Vui lòng liên hệ Dịch vụ Khách hàng theo số 877- 202-3597 (để được hỗ trợ bằng Tiếng Anh), hoặc 844-746-4737 (để được hỗ trợ bằng tất cả các ngôn ngữ khác). Quý vị có thể xin trợ giúp vì bất kỳ lý do gì, bao gồm hỗ trợ ngôn ngữ và khuyết tật.

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

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị Điền vào số thành viên trong hộ gia đình của quý vị. (gia đình bao gồm những người có liên quan theo ngày sinh, hôn nhân, hoặc nuôi dưỡng sống cùng nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và khấu trừ)
- Cung cấp tài liệu về thu nhập gia đình và kê khai tài sản
- Đính kèm thêm thông tin nếu cần
- Ký tên và đề ngày và mẫu

Lưu ý: Quý vị không phải cung cấp số An sinh Xã hội để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi số An sinh Xã hội của quý vị thì sẽ giúp đẩy nhanh quá trình xử lý đơn của quý vị. Số An sinh Xã hội được sử dụng để xác minh thông tin cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An sinh Xã hội, vui lòng đánh dấu “không áp dụng” hoặc “NA.”

Gửi thư hoặc fax đơn đã điền cùng với tất cả tài liệu đến: PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 1238, Bellingham, WA 98227-1238.
Fax: 360-729-3047. Đảm bảo giữ một bản cho bản thân.

Để trực tiếp nộp đơn đã điền của quý vị: Vui lòng liên hệ Dịch vụ Khách hàng theo số (877) 202-3597 (để được hỗ trợ bằng Tiếng Anh), hoặc (844) 746-4737 (để được hỗ trợ bằng tất cả các ngôn ngữ khác).

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định cuối cùng về điều kiện và khiếu nại các quyền lợi, nếu có, trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính đầy đủ, bao gồm tài liệu về thu nhập.

Bằng cách nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi đưa ra các yêu cầu cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ tài chính và thông tin.



**Chúng tôi muốn trợ giúp.
Vui lòng nộp đơn của quý vị ngay!
Quý vị có thể nhận được hóa đơn ho đến khi chúng
tôi nhận được thông tin của quý vị.**

Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính PeaceHealth - **BẢO MẬT**

Vui lòng điền đầy đủ mọi thông tin. Nếu không có, ghi "NA." Đính kèm thêm trang nếu cần.

THÔNG TIN SÀNG LỌC

- Quý vị có cần thông dịch viên không? Có Không Nếu Có, liệt kê ngôn ngữ ưu tiên: _____
- Bệnh nhân có nộp đơn xin Medicaid không? Có Không Có thể phải nộp đơn trước khi được cân nhắc hỗ trợ tài chính.
- Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ hỗ trợ công cộng của tiểu bang như TANF, Thực phẩm Cơ bản, hoặc WIC không? Có Không
- Bệnh nhân hiện có vô gia cư không? Có Không
- Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe cộ hay chấn thương do làm việc hay không? Có Không

XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo với quý vị rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- Ngay khi quý vị gửi đơn, chúng tôi có thể kiểm tra mọi thông tin và có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc chứng từ thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn đầy đủ của quý vị và tài liệu, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết mình có đủ điều kiện nhận hỗ trợ hay không.

THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên Bệnh nhân	Tên đệm của Bệnh nhân	Họ Bệnh nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác Có thể Ghi rõ: _____	Ngày sinh	Số An sinh Xã hội Không bắt buộc	
Người chịu Trách nhiệm Thanh toán Hóa đơn	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Ngày sinh	Số An sinh Xã hội Không bắt buộc
Địa chỉ Gửi thư	(Các) Số Liên hệ Chính (_____) _____ (_____) _____ Địa chỉ Email: _____		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	

Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn

- Có việc làm Ngày tuyển dụng: _____ Thất nghiệp Thất nghiệp bao lâu: _____
 Làm việc Tự do Học sinh/Sinh viên Khuyết tật Nghỉ hưu Khác:

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong hộ gia đình quý vị, gồm cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có liên quan theo ngày sinh, hôn nhân, hoặc nuôi dưỡng sống cùng nhau.

QUY MÔ GIA ĐÌNH _____

Sử dụng Thông tin Gia đình Bổ sung mục tại trang 4 nếu cần

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Nếu 18 tuổi trở lên: Tên (các) chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?

Phải kê khai thu nhập của tất cả thành viên trưởng thành của gia đình. Nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ như:

- Tiền lương ■ Thất nghiệp ■ Làm việc Tự do ■ Tiền lương của Công nhân ■ Khuyết tật ■ SSI ■ Cấp dưỡng con/vợ/chồng
■ Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) ■ Lương hưu ■ Phân bổ tài khoản hưu trí ■ Khác Vui lòng giải thích: _____

Mẫu Đơn xin Hỗ trợ Tài chính PeaceHealth - **BẢO MẬT**

THÔNG TIN THU NHẬP

GHI NHỚ: Quý vị phải nộp chứng từ thu nhập cùng với đơn.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình. Phải xác minh thu nhập để quyết định hỗ trợ tài chính.

Phải kê khai thu nhập của tất cả thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên. Nếu quý vị không thể cung cấp tài liệu, quý vị có thể nộp tờ khai bằng văn bản có chữ ký mô tả thu nhập của mình. Vui lòng cung cấp chứng từ cho mọi nguồn thu nhập được xác định. Ví dụ về chứng từ thu nhập bao gồm:

- Tờ khai khấu lưu "W-2"; hoặc
- Phiếu lương hiện tại (3 tháng); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập năm ngoài, bao gồm phụ lục nếu có; hoặc
- Tờ khai bằng văn bản có chữ ký của chủ lao động hoặc người khác; hoặc
- Phê duyệt/từ chối điều kiện tham gia Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Phê duyệt/từ chối điều kiện tham gia do trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có chứng minh thu nhập hoặc thu nhập, vui lòng đính kèm thêm trang giải thích.

THÔNG TIN TÀI SẢN

Có thể sử dụng thông tin này nếu thu nhập của quý vị trên 200% Hướng dẫn về Mức Nghèo của Liên bang.

Số dư tài khoản thanh toán hiện tại

\$ _____

Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại

\$ _____

Gia đình quý vị có các tài sản khác không?

Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp

- Cổ phiếu Trái phiếu 401K (Các) Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe (Các) Quỹ tín thác
 Bất động sản (không bao gồm nhà ở chính) Sở hữu doanh nghiệp

THÔNG TIN KHÁC

Vui lòng sử dụng trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, như khó khăn về tài chính, chi phí y tế quá cao, thu nhập thời vụ hoặc tạm thời, hoặc tổn thất cá nhân.

THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng PeaceHealth có thể xác minh thông tin bằng cách thẩm định thông tin tín dụng và lấy thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ quyết định điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc kế hoạch thanh toán.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tôi cung cấp được xác định là sai sẽ dẫn đến bị từ chối hỗ trợ tài chính, và tôi sẽ chịu trách nhiệm và phải tự thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

