

## CHI Mercy Health Hướng Dẫn Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

Đây là đơn đăng ký hỗ trợ tài chính tại *CommonSpirit Health*.

**CommonSpirit Health cung cấp hỗ trợ tài chính** cho các cá nhân và gia đình đáp ứng các yêu cầu về thu nhập nhất định. Quý vị có thể đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá cho các dịch vụ chăm sóc dựa trên quy mô gia đình và thu nhập của quý vị, ngay cả khi quý vị đã có bảo hiểm y tế. Những bệnh nhân được hỗ trợ phải có thu nhập hộ gia đình thấp hơn 400% so với Hướng Dẫn về Ngưỡng Nghèo Liên Bang. Thông tin về Hướng Dẫn về Ngưỡng Nghèo Liên Bang có thể được tìm thấy tại <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì?** Hỗ trợ tài chính của bệnh viện sẽ chi trả cho các dịch vụ tại bệnh viện phù hợp do CommonSpirit Health cung cấp tùy thuộc vào khả năng hội đủ điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính có thể sẽ không chi trả hết toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị, bao gồm các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp.

**Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ để hoàn tất đơn đăng ký:** Quý vị có thể tiếp nhận hỗ trợ vì bất kỳ lý do gì, bao gồm hỗ trợ khuyết tật và ngôn ngữ tại: 844-286-5546

**Để đơn đăng ký được xử lý, quý vị cần phải:**

- Cung cấp cho chúng tôi 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 tài liệu chứng minh thu nhập gia đình
- Cung cấp tài liệu chứng minh tài sản gia đình (không bắt buộc)
- Đính kèm các thông tin bổ sung nếu cần
- Ký và điền ngày tháng vào đơn

**Lưu ý:** Quý vị không nhất thiết phải cung cấp số An Sinh Xã Hội để đăng ký nhận hỗ trợ tài chính. Việc quý vị cung cấp cho chúng tôi số An Sinh Xã Hội của quý vị sẽ giúp đẩy nhanh tốc độ xử lý đơn đăng ký. Số An Sinh Xã Hội được sử dụng để xác minh các thông tin được 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 gửi fax đơn đăng ký hoàn chỉnh cùng với tất cả các tài liệu tới:** CHI Mercy Health, Người nhận: EES - Financial Assistance Center, P.O. Box 660872, Dallas, TX 75266-0872 Fax: 469-803-4627. Hãy chắc rằng quý vị đã giữ lại một bản sao cho chính mình.

**Để nộp trực tiếp đơn đăng ký hoàn chỉnh:** CHI Mercy Health, 2700 NW Stewart Pkwy, Roseburg, OR 97471

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng về khả năng hội đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu có, trong vòng 30 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả chứng từ chứng minh thu nhập.

Bằng cách gửi đơn đăng ký hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các tiến trình điều tra cần thiết để xác thực thông tin và nghĩa vụ tài chính.

**Chúng tôi ở đây là để giúp đỡ quý vị. Hãy nộp đơn đăng ký của quý vị ngay lập tức!**

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

**CHI Mercy Health**  
**Mẫu Đơn Đăng ký Hỗ Trợ Tài Chính – Bảo Mật**

Vui lòng điền đầy đủ mọi thông tin. Nếu thấy không phù hợp, hãy ghi "NA." Đính kèm các trang bổ sung nếu cần.

**THÔNG TIN SÀNG LỌC**

Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b> <i>Nếu Có, liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:</i>
Bệnh nhân đã đăng ký Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b> <i>Có thể được yêu cầu đăng ký trước khi được xem xét hồ trợ tài chính</i>
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như phiếu thực phẩm hoặc WIC (Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em) không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Bệnh nhân hiện có phải người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc thương tích lao động không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Danh sách (các) bệnh viện CommonSpirit Health nơi quý vị được điều trị:

**XIN LƯU Ý**

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- Một khi quý vị nộp đơn, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc giấy tờ chứng minh thu nhập.

**THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN VÀ ĐƯƠNG ĐƠN**

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân	
Ngày Sinh	Số Tài Khoản Bệnh Nhân:	Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (không bắt buộc*)	
Người Có Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc*)
Địa Chỉ Nhận Thư	(Các) số điện thoại liên lạc chính ( ) _____ ( ) _____ Địa Chỉ Email: _____		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip	
Tình trạng công việc của người có trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> <b>Có việc làm</b> (ngày ký hợp đồng làm việc: _____) <input type="checkbox"/> <b>Thất nghiệp</b> (đã thất nghiệp trong bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> <b>Tự kinh doanh</b> <input type="checkbox"/> <b>Học sinh – sinh viên</b> <input type="checkbox"/> <b>Khuyết tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Đã về hưu</b> <input type="checkbox"/> <b>Khác</b> (_____)			

**THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH**

Liệt kê các thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" bao gồm hai hoặc nhiều người liên kết bởi quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi sống cùng nhau. Nếu một bệnh nhân có thể khai một người nào đó là người phụ thuộc trên tờ khai thuế thu nhập của mình, người đó sẽ là một thành viên trong gia đình của Bệnh nhân theo mục đích của Đơn đăng ký này.

**QUY MÔ GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_

*Đính kèm các trang bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày Sinh	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên của (các) chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập gộp hàng tháng (trước thuế):	Cũng đăng ký xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Thu nhập của tất cả các thành viên là người trưởng thành trong gia đình phải được tiết lộ. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ như:**

- Tiền lương - Thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường cho người lao động - Khuyết tật
- Thu nhập an sinh bổ sung (SSI) - Trợ cấp nuôi con/phối ngẫu - Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên)
- Lương hưu - Phân bổ tài khoản hưu trí - Khác (*vui lòng xác định: \_\_\_\_\_*)

## THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

**HÃY GHI NHỚ:** Quý vị phải cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập cùng với đơn đăng ký.

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

**Tất cả các thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập của họ. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập được xác định.**

**Ví dụ về bằng chứng chứng minh thu nhập bao gồm:**

- Tờ khai thuế thu nhập năm ngoái, bao gồm cả lịch trình nếu có; hoặc
- Mẫu tuyên bố khấu trừ thuế "W-2"; hoặc
- Phiếu lương (*3 tháng hiện tại*); hoặc
- Xác nhận bằng văn bản, có chữ ký của các chủ lao động hoặc những người khác; VÀ
- Quyết định phê duyệt/từ chối đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Quyết định phê duyệt/từ chối đủ điều kiện nhận trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng chứng minh thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm một trang bổ sung với tuyên bố có chữ ký giải thích cách quý vị xoay sở các chi phí sinh hoạt cơ bản (chẳng hạn như nhà ở, thực phẩm và tiện ích).

## THÔNG TIN TÀI SẢN

(Phần này là tùy chọn và có thể được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện cho các chương trình hỗ trợ khác)

**Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn tài sản đã được xác định. Ví dụ về bằng chứng chứng minh thu nhập bao gồm:**

- Sao kê ngân hàng hiện tại (hiển thị 3 tháng gần nhất)
  - Tài Khoản Thanh Toán
  - Tài Khoản Tiết Kiệm
- Đầu tư, bao gồm cổ phiếu và trái phiếu
- Quỹ ủy thác
- Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ
- Quỹ tương hỗ
- Các quỹ đầu tư khác sẽ không bị phạt nếu rút tiền.

## THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đính kèm thêm trang nếu quý vị muốn chúng tôi biết thông tin khác về hoàn cảnh tài chính hiện tại của quý vị, chẳng hạn như khó khăn tài chính, chi phí y tế quá mức, thu nhập thời vụ hoặc tạm thời, hoặc tổn thất cá nhân.

## THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng CommonSpirit Health có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tín dụng và thu thập thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ xác định tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc kế hoạch thanh toán.

- Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã cung cấp là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi sẽ độc lập hoặc với sự hỗ trợ của nhân viên bệnh viện đăng ký **BẤT KỲ** và **TẤT CẢ** Hỗ trợ nào có sẵn thông qua liên bang, tiểu bang, chính quyền địa phương và các nguồn tư nhân để giúp thanh toán hóa đơn chăm sóc sức khỏe này.
- 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 mà tôi nộp phải được CommonSpirit Health xác minh, bao gồm các cơ quan báo cáo tín dụng và được các cơ quan Liên bang và/hoặc Tiểu bang và các cơ quan khác xét duyệt khi được yêu cầu.
- Tôi hiểu rằng thông tin bổ sung có thể được yêu cầu cung cấp để có thể đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

Nếu quý vị nhận được khoản thanh toán từ một công ty bảo hiểm, chương trình bồi thường cho người lao động hoặc 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 một bên thứ ba cung cấp cho quý vị khoản thanh toán cho các dịch vụ của bệnh viện.

Chữ Ký của Đương Đơn

Ngày