



Biểu mẫu Đăng Ký Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính - tài liệu bí mật

Hồ sơ y tế số:

Quý bệnh nhân thân mến,

Salem Health cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho những bệnh nhân có thể không đủ nguồn tài chính sẵn có. Nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, một phần (các) khoản quý vị phải trả, tối đa 100%, có thể được miễn trừ. **Chương trình này chỉ bao gồm dịch vụ chăm sóc cần thiết về mắt y khoa được cung cấp tại Bệnh Viện & Phòng Khám của Salem Health. Chương trình không bao gồm bất kỳ thủ thuật tự chọn, thuốc kê toa, phí bác sĩ hành nghề chuyên nghiệp hoặc tư nhân.**

Quý vị phải nộp đơn xin hỗ trợ tài chính để Salem Health thực hiện bất kỳ điều chỉnh tài chính nào đối với số dư tài khoản của quý vị. Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu đính kèm và gửi cùng các tài liệu cần thiết trở lại Salem Health.

Quý vị sẽ nhận được thư quyết định hoặc thư yêu cầu bổ sung tài liệu qua bưu điện trong vòng 21 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn của quý vị. **Bất kỳ nguồn thanh toán tiềm năng nào khác, chẳng hạn như bảo hiểm y tế của tiểu bang, chia sẻ chi phí y tế/đóng góp chi phí, bảo hiểm trách nhiệm, bồi thường cho người lao động, v.v. Phải sử dụng hết trước khi điều chỉnh (các) tài khoản của quý vị.**

Với việc gửi đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các yêu cầu truy vấn cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ và thông tin tài chính.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ với Nhóm Hỗ Trợ Tài Chính (Financial Assistance Team) theo số (503) 562-4357.

- Quý vị có thể gửi fax đơn đăng ký đã điền đầy đủ thông tin và tài liệu đến (503) 814-1998.
- Quý vị có thể gửi e-mail đơn đăng ký và tài liệu đến financial.counselors@salemhealth.org
- Hoặc quý vị có thể gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện theo thông tin Hộp Thư Bưu Điện được cung cấp dưới đây.

Trân trọng,
Nhóm Hỗ Trợ Tài Chính (Financial Assistance Team)
Salem Health và West Valley Hospital
PO Box 14001
Salem, OR 97309-5014
financial.counselors@salemhealth.org

Biểu mẫu Đăng Ký Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính - tài liệu bí mật

Hồ sơ y tế số:

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

- Hồ sơ nộp thuế liên bang năm nay; chúng tôi cần tất cả các trang và biểu thuế suất. Nếu quý vị sở hữu một doanh nghiệp, xin vui lòng gửi cả thuế doanh nghiệp/kinh doanh năm hiện tại. Vui lòng không gửi hồ sơ thuế viết tay, mẫu W-2 hoặc thuế tiểu bang vì chúng tôi không chấp nhận các tài liệu này.
- HOẶC -
- Nếu quý vị chưa nộp hồ sơ khai thuế năm nay, quý vị phải xin thư xác nhận chưa kê khai thuế từ IRS. Quý vị có thể gọi cho IRS theo số 1-800-829-1040 để yêu cầu thư này hoặc đến văn phòng IRS địa phương để yêu cầu cấp thư đó.

Nếu quý vị có thu nhập từ bất kỳ nguồn nào sau đây, vui lòng đính kèm các bản sao vào đơn đăng ký của quý vị.

- Cuống lương ba (3) tháng gần đây nhất từ hãng sở của quý vị. Không gửi thông tin tiền gửi trực tiếp hoặc sao kê ngân hàng vì chúng tôi cần xem tổng tiền lương (trước thuế và các khoản khấu trừ được bỏ ra).
- Thư trao trợ cấp của Sở An Sinh Xã Hội năm nay, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao trợ cấp hưu trí năm nay, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao trợ cấp của Hội Cựu Chiến binh, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao trợ cấp niên kim, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao trợ cấp thất nghiệp, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao trợ cấp cho con trẻ, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao tiền cấp dưỡng hoặc các tài liệu từ tòa án.
- Thư trao hỗ trợ tài chính cho học sinh.
- Thư trao trợ cấp khuyết tật ngắn hạn, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.
- Thư trao trợ cấp khuyết tật dài hạn, xin vui lòng không gửi sao kê ngân hàng.

Nếu hộ gia đình của quý vị không có bất kỳ loại thu nhập nào được liệt kê ở trên, vui lòng liên hệ với văn phòng của chúng tôi theo số 503-562-4357 (tùy chọn số 3) để xem quý vị có hội đủ điều kiện tham gia chương trình Bảo Hiểm Y Tế Oregon hay không và chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị đăng ký Chương Trình này.

Vui lòng điền đầy đủ mọi thông tin. Nếu thông tin không áp dụng cho quý vị, hãy viết “Không áp dụng”. Đính 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

Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Thực Phẩm Cơ Bản hoặc WIC không? Có Không

Bệnh nhân hiện có phải là người vô gia cư không? Có Không

Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hoặc thương tích khi làm việc không? Có Không

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.
- 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 thu nhập.
- Trong vòng 21 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn và tài liệu hoàn chỉnh của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo để quý vị biết mình có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không.

Biểu mẫu Đăng Ký Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính - tài liệu bí mật
THÔNG TIN 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 (xin nêu rõ _____)	Ngày sinh	Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (tùy chọn)
Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Ngày sinh
Địa chỉ gửi thư		Số điện thoại liên lạc chính () _____ () _____
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Địa chỉ Email: _____		
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Đang đi làm (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> Không có việc làm (khoảng thời gian không có việc làm: _____) <input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Người khuyết tật <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)		

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong hộ gia đình quý vị, kể cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có mối quan hệ sinh thành, kết hôn hoặc nhận nuôi, sống cùng với nhau.

QUY MÔ GIA ĐÌNH
Đính kèm thêm trang nữa nếu cần

Tên	Ngày sinh	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Nếu 18 tuổi trở lên: Tên hãng sở hoặc nguồn thu nhập	Nếu 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập gộp hàng tháng (trước thuế):	Cung nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Thu nhập của tất cả thành viên người lớn trong gia đình phải được tiết lộ. Nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:

- Lương - Trợ cấp thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường cho người lao động - Trợ cấp khuyết tật
- SSI - Trợ cấp cho con cái/vợ (chồng) - Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu
- Khoản phân chia từ tài khoản hưu trí - Khác (*vui lòng giải thích* _____)

THÔNG TIN THU NHẬP

GHI NHỚ: Quý vị phải bao gồm bằng chứng thu nhập kèm theo đơn xin của mình.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình mình. Xác minh thu nhập là cần thiết để quyết định hỗ trợ tài chính.

Tất cả các thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập của họ. Nếu không thể cung cấp tài liệu, quý vị có thể gửi một tuyên bố bằng văn bản mô tả thu nhập của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập được đề cập tới.

Ví dụ bằng chứng thu nhập bao gồm:

- Bản sao kê thu nhập giữ lại "W-2"; hoặc
- Cuống lương hiện tại (3 tháng); hoặc

Biểu mẫu Đăng Ký Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính - tài liệu bí mật

- Tờ khai thuế thu nhập năm ngoài, bao gồm bản liệt kê nếu có; hoặc
- Văn bản, tuyên bố có chữ ký của hãng sở hay người khác; hoặc
- Phê duyệt/từ chối hội đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Phê duyệt/từ chối hội đủ điều kiện nhận bồi thường thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm một trang bổ sung kèm theo lời giải thích.

THÔNG TIN CHI PHÍ

Chúng tôi sử dụng thông tin này để có cái nhìn toàn cảnh về tình hình tài chính của quý vị.

Chi Phí Hàng Tháng của Hộ Gia Đình:

Thuê nhà/thể chấp mua nhà \$ _____ Chi phí y tế \$ _____
Lệ Phí Bảo Hiểm \$ _____ Tiện ích \$ _____
Nợ/Chi Phí Khác \$ _____ (cấp dưỡng con trẻ, các khoản vay, thuốc men, khác)

THÔNG TIN TÀI SẢN

Số dư tài khoản chi tiêu hiện tại
\$ _____
Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại
\$ _____

Gia đình quý vị có những tài sản khác không?

Vui lòng đánh dấu tất cả câu trả lời thích hợp

- Cổ phiếu Trái phiếu 401K Tài khoản Tiết kiệm Y tế Quỹ tín thác
 Bất động sản (ngoại trừ nơi cư trú chính) Sở hữu một doanh nghiệp

THÔNG TIN BỔ SUNG

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

THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng Bệnh Viện Salem có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tín dụng và lấy thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ xác định tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc kế hoạch thanh toán. Tôi khẳng định rằng những thông tin trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tài chính tôi cung cấp được xác định là sai, kết quả có thể là từ chối hỗ trợ tài chính và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm và thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ ký của Người Nộp Đơn

Ngày