

Hướng Dẫn về Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

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

PeaceHealth cung cấp dịch vụ hỗ trợ tài chính theo các yêu cầu của tiểu bang và liên bang cho những cá nhân và gia đình đáp ứng các yêu cầu thu nhập nhất định. Quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá dựa trên số người và thu nhập của gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Để xem Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của PeaceHealth và các thông tin khác, vui lòng truy cập peacehealth.org.

Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì?

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

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký này:

Vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số (888)259-5624. Quý vị có thể nhận được hỗ trợ cho bất kỳ lý do gì, bao gồm hỗ trợ khuyết tật và ngôn ngữ.

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

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị
Điền số thành viên trong hộ gia đình quý vị (gia đình bao gồm những người sống cùng nhau có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi)
- 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 của gia đình
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần
- Ký tên và điền ngày vào mẫu đơn

Gửi thư, email hoặc fax đơn đăng ký đã hoàn thành cùng tất cả các tài liệu đến:

PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. Email: financialassistance@peacehealth.org
Fax: (360) 729-3047. Hãy đảm bảo giữ lại một bản sao cho chính mình.

Để gửi trực tiếp đơn xin đã hoàn thành của quý vị:

Vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Khách Hàng để biết địa điểm hộp đến bỏ thư gần nhất theo số (888)259-5624 .

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng liên quan đến tính hội đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu có, trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ ngày nhận được đơn đăng ký hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả tài liệu về thu nhập.

Bằng việc nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các cuộc điều tra cần thiết để xác nhận nghĩa vụ và thông tin tài chính.

Chúng tôi muốn hỗ trợ quý vị. Hãy nhanh chóng nộp đơn xin!
Quý vị có thể sẽ tiếp tục bị tính hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị.



Hướng Dẫn về Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính PeaceHealth- **BẢO MẬT**

Vui lòng trả lời từng câu hỏi. Nếu không áp dụng, vui lòng ghi chú "NA". Đính kèm thêm các trang nếu cần.

VUI LÒNG GỬI ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐÃ HOÀN THÀNH ĐẾN PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị cần thông dịch viên không? Có Không Nếu Có, vui lòng liệt kê ngôn ngữ ưu tiên: _____

Bệnh nhân có đang nhận được các dịch vụ hỗ trợ công của tiểu bang như Medicaid, Hỗ Trợ Tạm Thời cho Hộ Gia Đình Khó Khăn (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Thực Phẩm Cơ Bản, hay chương trình Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em (Women, Infants & Children, WIC) không?? (KHÔNG BẮT BUỘC) Có Không
Hiện tại bệnh nhân 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 hơi hay chấn thương nghề nghiệp không? Có Không

XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị đã nộp đơn.
- Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký, chúng tôi có thể sẽ kiểm tra tất cả các thông tin và yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng thu nhập.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên Bệnh Nhân	Tên Đệm của Bệnh Nhân	Họ của Bệnh Nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác Vui lòng Nêu 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	Lưu ý: Quý vị không cần cung cấp số An Sinh Xã Hội để xin hỗ trợ tài chính.
Địa Chỉ Nhận Thư	(Các) Số Điện Thoại Liên Hệ Chính		
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính	(____) _____ (____) _____ Địa Chỉ Email:

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

- Đang Làm Việc Ngày tuyển dụng: _____ Thất Nghiệp Thời gian thất nghiệp: _____
 Tự Làm Chủ Học Sinh Khuyết tật Nghỉ Hưu Khác:

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Điền số thành viên trong hộ gia đình quý vị, bao gồm cả bản thân quý vị. "Gia đình" bao gồm những người sống cùng nhau có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi. **SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH** _____ Sử dụng thêm giấy nếu cần.

Tên	Ngày Sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: TỔNG thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng đang xin hỗ trợ tài chính?

Thu nhập của tất cả các thành viên trưởng thành trong gia đình đều phải được tiết lộ và bằng chứng phải được đính kèm trong đơn đăng ký hoàn chỉnh. Ví dụ về các nguồn thu nhập bao gồm:

- Lương ■ Thất nghiệp ■ Tự làm chủ ■ Bồi Thường Lao Động ■ Khuyết tật ■ Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI) ■ Trợ cấp nuôi con/vợ (chồng) ■ Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) ■ Lương hưu ■ Phân bổ tài khoản hưu trí
- Khác Vui lòng giải thích: _____

THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng sử dụng trang bổ sung nếu quý vị muốn cung cấp cho chúng tôi thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị, chẳng hạn như khó khăn tài chính, chi phí y tế vượt mức, thu nhập theo mùa hoặc tạm thời hoặc tổn thất cá nhân.

XÁC NHẬN CỦA BỆNH NHÂN

- Tôi hiểu rằng PeaceHealth 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 tư cách hội đủ điều kiện để tham gia các chương trình hỗ trợ tài chính hoặc thanh toán.
- Tôi khẳng định rằng các thông tin trên là chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tôi cung cấp được xác định là sai, tôi sẽ bị từ chối hỗ trợ tài chính và phải chịu trách nhiệm cũng như thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.
- Bằng việc nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các cuộc điều tra cần thiết để xác nhận nghĩa vụ và thông tin tài chính.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn _____

Ngày _____

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký này: Vui lòng liên hệ với Ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số 888-259-5624. Quý vị có thể nhận được hỗ trợ cho bất kỳ lý do gì, gồm cả hỗ trợ khuyết tật và ngôn ngữ. Để xem Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính của PeaceHealth và các thông tin khác, vui lòng truy cập peacehealth.org.

VUI LÒNG GỬI ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐÃ HOÀN THÀNH ĐẾN PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632