

Cách làm đơn xin hỗ trợ tài chính

Hướng dẫn cách điền đơn

Theo quy định của pháp luật, tất cả các bệnh viện phải cung cấp sự hỗ trợ tài chính cho các cá nhân và gia đình nào đáp ứng các yêu cầu nhất định. Quý vị có thể nhận được sự chăm sóc miễn phí hoặc trả tiền ít hơn cho các dịch vụ nhất định dựa trên số người trong gia đình, thu nhập và tài sản của gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm sức khỏe. Để xem chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi, vui lòng truy cập tuality.org/patient-resources/financial-assistance/.

Dịch vụ gì được hỗ trợ tài chính

- Không phải dịch vụ nào cũng đủ điều kiện, do đó quý vị sẽ cần phải đảm bảo rằng dịch vụ đó được hỗ trợ trước khi quý vị nhận dịch vụ. Để xem danh sách các dịch vụ **chúng tôi KHÔNG hỗ trợ**, hãy xem chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi tại tuality.org/patient-resources/financial-assistance/.
- Vui lòng lưu ý rằng nếu quý vị được duyệt hỗ trợ tài chính, việc đó **KHÔNG** đảm bảo rằng quý vị sẽ nhận được dịch vụ.
- Nếu quý vị có thể đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc các chương trình khác, chúng tôi khuyến khích quý vị đăng ký những chương trình này vì chúng có các quyền lợi bổ sung.

Các bước điền mẫu đơn



- ➊ Điền thông tin về quý vị và gia đình quý vị
 - Quý vị **KHÔNG** cần phải cung cấp số an sinh xã hội của mình.
 - Liệt kê các thành viên gia đình nào có quan hệ máu mủ, hôn nhân với quý vị, hoặc là con nuôi và sống cùng nhau.
 - Một người con thường được xem là người phụ thuộc nếu họ dưới 18 tuổi.
 - Ví dụ về các hộ gia đình là:
 - Các cặp vợ chồng kết hôn hợp pháp (hoặc bạn tình sống chung) sống cùng nhau, cùng với các con phụ thuộc dưới 18 tuổi, và bất kỳ ai khác sống trong hộ gia đình mà cặp vợ chồng đó khai trên các bản khai thuế
 - Các cặp vợ chồng chưa kết hôn, có một hoặc nhiều con chung, nếu đứa con là bệnh nhân
 - Người không phải công dân có người bảo lãnh, người bảo lãnh của họ, và gia đình của người bảo lãnh
- ➋ Điền thông tin về thu nhập gộp (thu nhập trước thuế và các khấu trừ) và chi phí của gia đình quý vị.
- ➌ Khai báo và cung cấp giấy tờ chứng minh tài sản.
- ➍ Đính kèm mọi thông tin khác mà chúng tôi đã yêu cầu.
- ➎ Ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính.

Để được giúp điền đơn, hãy gọi số **503-681-1012**, thứ Hai – thứ Sáu, 8 giờ sáng - 4:30 chiều.

Các giấy tờ cần cung cấp cùng với mẫu đơn



Vui lòng **gửi bản sao mới nhất** của tất cả các giấy tờ bên dưới áp dụng cho quý vị. Chúng tôi sẽ **KHÔNG** thể trả lại các giấy tờ gốc.

- Giấy tờ chứng minh nơi cư trú.** Cung cấp một trong những giấy tờ sau đây: hóa đơn dịch vụ tiện ích đứng tên quý vị, thỏa thuận thuê nhà, sao kê vay thế chấp đối với nơi cư trú của quý vị, bản sao bằng lái xe hoặc thẻ căn cước của quý vị. Chúng tôi có thể yêu cầu giấy tờ chứng minh nơi cư trú bổ sung. *Quý vị phải là cư dân của tiểu bang Oregon hoặc quận biên giới ở tiểu bang Washington (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla, và Yakima) và không có kế hoạch chuyển ra khỏi khu vực.*
- Biên nhận tiền lương** đối với 3 tháng lịch hoàn chỉnh gần nhất. Nếu quý vị không có biên nhận tiền lương, quý vị có thể cung cấp cho chúng tôi xác nhận của chủ lao động của quý vị, liệt kê thu nhập gộp của quý vị đối với 3 tháng lịch hoàn chỉnh gần nhất. *Thu nhập được tính trong tháng nhận thu nhập (ngày lương) và không phải là tháng kiểm được thu nhập đó.*
- Bản khai thuế thu nhập** đối với năm khai thuế gần nhất, bao gồm bất kỳ phụ lục nào (chẳng hạn như phụ lục C đối với thu nhập tự kinh doanh)
- Thông Báo Phúc Lợi An Sinh Xã Hội, Cựu Chiến Binh, và Lương hưu** hoặc tương đương
- Quyết định bồi thường yêu cầu bảo hiểm** từ Ban Việc Làm của Tiểu Bang
- Sao kê tiền chu cấp nuôi con và/hoặc chu cấp người phối ngẫu**
- Bảng Tính Thu Nhập Tự Kinh Doanh** hoặc báo cáo **Lời Lỗ** đối với 3 tháng lịch hoàn chỉnh gần nhất
- Giấy tờ xác minh đối với **bất kỳ nguồn thu nhập nào khác** được liệt kê trên đơn của quý vị, bao gồm thu nhập từ tiền lãi hoặc cổ tức, hoặc bất kỳ nguồn thu nhập định kỳ nào khác.
- Sao kê tài khoản ngân hàng/hội tín dụng;** tài khoản vãng lai và tài khoản tiết kiệm
- Sao kê tài khoản tiền gửi (CD), cổ phiếu, trái phiếu, hoặc tài khoản đầu tư**
- Báo cáo tài chính xác nhận **vốn kinh doanh** của quý vị
- Giấy tờ xác nhận bất kỳ **tài sản nào khác** được liệt kê

Nộp mẫu đơn



- Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không trong vòng **3 tuần** sau khi chúng tôi nhận được đơn đã điền và giấy tờ của quý vị
- Quý vị vẫn sẽ nhận được hóa đơn trong khi chúng tôi đang xem xét đơn của quý vị.

Gửi hoặc fax đến:
Hillsboro Medical Center
Patient Financial Services
335 SE 8th Ave
Hillsboro, OR 97123
Fax: (503) 681-1365

Để gửi trực tiếp:
Hillsboro Medical Center
Admitting Desk
335 SE 8th Ave
Hillsboro, OR 97123





Mẫu Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Vui lòng điền đầy đủ mọi thông tin. Nếu là 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? Có Không Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:

Bệnh nhân đã đăng ký nhận Medicaid? Có Không

Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Basic Food, hoặc WIC không? Có Không

Có phải hiện tại bệnh nhân 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 thương tích trong lao động không? Có Không

VUI LÒNG 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 có làm 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.
- Trong vòng 21 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn đã điền và giấy tờ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện được hỗ trợ hay không.

THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN VÀ ĐƯƠNG ĐƠN

Tên của bệnh nhân		Tên đệm của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (có thể nêu rõ _____)		Ngày Sinh		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 Gửi Thư (bao gồm địa chỉ thực nếu khác)				(Các) số điện thoại liên lạc chính () _____ () _____ Địa Chỉ Email: _____	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip			
Tình trạng việc làm của người có trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Có việc làm (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thời gian thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> Tự Kinh Doanh <input type="checkbox"/> Học Sinh/Sinh Viên <input type="checkbox"/> Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Nghỉ Hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)					

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị, bao gồm quý vị. "Gia đình" bao gồm những có quan hệ huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận nuôi, sống cùng nhau.

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH _____

Đính kèm các trang bổ sung nếu cần

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

Phải cho biết thu nhập từ lao động và ngoài lao động của tất cả thành viên gia đình. Vui lòng cho biết thu nhập ngoài lao động của bất kỳ ai trong hộ gia đình dưới 18 tuổi. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ như:

- Tiền Công - Bảo Hiểm Thất Nghiệp - Tự Kinh Doanh - Bồi Thường Tai Nạn Lao Động - Phúc Lợi Thương Tật
- SSI - Chu Cấp Nuôi Con/Người Phối Ngẫu - Các chương trình vừa học vừa làm (sinh viên)
- Lương Hưu - Phân Phối Tài Khoản Hưu Trí - Khác (vui lòng giải thích)



THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

HÃY 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 thành viên gia đình phải tiết lộ thu nhập của mình. Vui lòng cung cấp giấy tờ chứng minh cho mọi nguồn thu nhập đã xác định. Vui lòng xem tờ bìa để biết danh sách đầy đủ về các yêu cầu thu nhập. Ví dụ về giấy tờ chứng minh thu nhập gồm có:

- Biên nhận tiền lương hiện tại (3 tháng); và
- Bản khai thuế thu nhập của năm trước, bao gồm các phụ lục, nếu phù hợp; và
- Xác nhận bằng văn bản, có chữ ký của các chủ lao động hoặc những người khác; và
- Quyết định phê duyệt/từ chối điều kiện nhận bảo hiểm Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; và
- Quyết định phê duyệt/từ chối bảo hiểm thất nghiệp

Nếu quý vị không có thu nhập, vui lòng đính kèm thêm một trang với lời giải thích.

THÔNG TIN VỀ CHI PHÍ

Không bắt buộc. Có thể được sử dụng trong một số tình huống để hiểu đầy đủ hơn về hoàn cảnh tài chính của quý vị.

Các Chi Phí Hàng Tháng của Hộ Gia Đình:

Tiền thuê nhà/vay thế chấp \$ _____	Chi phí y tế \$ _____
Phí Bảo Hiểm \$ _____	Dịch Vụ Tiện Ích \$ _____
Nợ/Chi Phí Khác \$ _____	(<i>chủ cấp nuôi con, khoản vay, thuốc men, khác</i>)

THÔNG TIN TÀI SẢN

Thông tin này sẽ được sử dụng nếu thu nhập của quý vị cao hơn 101% Các Quy Định Về Mức Nghèo Khó Của Liên Bang.

Số dư tài khoản vãng lai hiện tại \$ _____	Gia đình quý vị có các tài khoản khác sau đây không? Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp
Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại \$ _____	<input type="checkbox"/> Cổ Phiếu <input type="checkbox"/> Trái Phiếu <input type="checkbox"/> Tài Khoản 401K
	<input type="checkbox"/> Tài Khoản Tiết Kiệm Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> Quỹ Tín Thác
	<input type="checkbox"/> Bất động sản (không bao gồm nơi cư trú chính) <input type="checkbox"/> Sở hữu doanh nghiệp

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 OHSU 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 điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc các kế hoạch thanh toán.

Tôi xác nhận rằng thông tin bên trên là đúng sự thực và chính xác theo sự hiểu biết chính xác nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tài chính tôi cung cấp bị xác định là giả mạo, tôi có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính, và có thể phải chịu trách nhiệm và phải thanh toán chi phí của các dịch vụ đã cung cấp.

Chữ Ký của Người Làm Đơn _____

Ngày _____