



Biểu mẫu Đơn xin Chăm sóc từ thiện/Hỗ trợ tài chính – Bảo mật
Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin. Nếu một mục không áp dụng, vui lòng ghi "NA". Đính kèm thêm trang nếu cần.

THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần thông dịch viên không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết ngôn ngữ ưu tiên:

Bệnh nhân đã nộp đơn xin Medicaid? ☐ Có ☐ Không

Bệnh nhân có đang nhận các dịch vụ công của tiểu bang như Phụ cấp tạm thời cho gia đình nghèo khó (TANF), Thực phẩm cơ bản hoặc Phụ cấp cho phụ nữ, trẻ sơ sinh và trẻ em (WIC) không? ☐ Có ☐ Không

Bệnh nhân hiện có đang trong tình trạng vô gia cư không? ☐ Có ☐ Không

Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe cơ giới hoặc thương tích khi làm việc 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 đã nộp đơn.
- Sau khi quý vị nộp đơn, chúng tôi có thể xác minh tất cả thông tin và có thể yêu cầu quý vị cung cấp những thông tin còn thiếu.
- Đơn này được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ của quý vị đối với cả Chăm sóc từ thiện (chăm sóc miễn phí) và Chăm sóc giảm phí. Nếu quý vị chỉ nộp đơn xin Chăm sóc giảm phí, quý vị có thể nhận được mức hỗ trợ tài chính thấp hơn mức hỗ trợ mà quý vị có thể đủ điều kiện nhận theo chương trình Chăm sóc từ thiện

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên bệnh nhân		Tên đệm của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân	
☐ Nam ☐ Nữ ☐ Giới tính khác (có thể nêu rõ) _____		Ngày sinh	☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Đã ly hôn ☐ Đã chính thức ly thân ☐ Góa vợ ☐ Góa chồng		Số An sinh xã hội của Bệnh nhân (không bắt buộc)
Cơ sở:	Ngày cấp dịch vụ	Số lần gặp		Phương thức liên hệ ưu tiên: ☐ Email ☐ Điện thoại ☐ Thư	
Người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh		Số An sinh xã hội (tùy chọn)	
Địa chỉ gửi thư _____ _____				(Các) số điện thoại liên lạc 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 bắt đầu làm việc: _____) ☐ Thất nghiệp (đã thất nghiệp bao lâu: _____) ☐ Tự kinh doanh ☐ Học sinh sinh viên ☐ Khuyết tật ☐ Đã nghỉ hưu ☐ Khác (nếu chọn "Khác", vui lòng giải thích): _____					

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong hộ gia đình, bao gồm cả quý vị.

Đối với bệnh nhân tại California và Hawaii: Gia đình được định nghĩa là: (i) Đối với người từ 18 tuổi trở lên: vợ chồng, bạn đời chung sống, con phụ thuộc dưới 21 tuổi hoặc ở bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật, bất kể có sống cùng nhà hay không; và (ii) Đối với người dưới 18 tuổi hoặc con phụ thuộc từ 18 đến 20 tuổi: cha mẹ, người thân chăm sóc và các con khác dưới 21 tuổi của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc, hoặc ở bất kỳ độ tuổi nào nếu bị khuyết tật.

Đối với bệnh nhân tại Oregon: Hộ gia đình được định nghĩa là:

(A) Một cá nhân độc thân; hoặc (B) Vợ chồng, bạn đời chung sống, hoặc cha mẹ và con cái dưới 18 tuổi sống cùng nhau; **và** những người khác mà cá nhân đó, vợ chồng, bạn đời chung sống hoặc cha mẹ có trách nhiệm chu cấp về tài chính.

SỐ NGƯỜI TRONG HỘ GIA ĐÌNH/GIA ĐÌNH

Tên	Ngày sinh	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 gộp hằng tháng (trước thuế):	Cũng đang nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Đính kèm thêm trang nếu cần

Vui lòng khai báo thu nhập của tất cả các thành viên trưởng thành trong gia đình. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:

- Tiền lương - Bảo hiểm thất nghiệp - Thu nhập tự kinh doanh - Trợ cấp bồi thường cho người lao động
- Trợ cấp khuyết tật - Trợ cấp An sinh bổ sung (SSI)
- Tiền cấp dưỡng cho con/vợ hoặc chồng - Thu nhập từ chương trình vừa học vừa làm (đối với sinh viên)
- Lương hưu - Khoản phân phối từ tài khoản hưu trí
- Nguồn thu nhập khác (vui lòng giải thích)

THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

LƯU Ý: Quý vị phải nộp bằng chứng về thu nhập cùng với đơn đăng ký.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình mình. Việc xác minh thu nhập là bắt buộc để xác định điều kiện đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính.

Tất cả các thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên phải khai báo thu nhập cá nhân. Nếu không thể cung cấp giấy tờ, quý vị có thể nộp một bản kê khai có chữ ký mô tả thu nhập của mình.

Để xác định điều kiện đủ tiêu chuẩn nhận Hỗ trợ Tài chính, giấy tờ chứng minh thu nhập được giới hạn ở các loại sau:

- o Phiếu lương gần đây của hộ gia đình trong vòng 6 tháng trước hoặc sau khi bệnh nhân nhận hóa đơn đầu tiên (hoặc tại thời điểm trước khi cung cấp dịch vụ nếu đơn được nộp trước khi sử dụng dịch vụ) hoặc
- o Bản sao Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang (Mẫu 1040) của bệnh nhân và vợ/chồng hoặc bạn đời chung sống trong năm bệnh nhân nhận hóa đơn đầu tiên hoặc 12 tháng trước thời điểm bệnh nhân nhận hóa đơn đầu tiên

Nếu muốn, quý vị có thể nộp các loại giấy tờ chứng minh thu nhập khác, tuy nhiên Adventist Health không yêu cầu cung cấp thêm giấy tờ chứng minh thu nhập ngoài các tài liệu nêu trên. Ví dụ: nếu quý vị không có giấy tờ chứng minh thu nhập hoặc không có thu nhập, quý vị có thể đính kèm thêm một trang giải thích.

TRÁCH NHIỆM THANH TOÁN CỦA BÊN THỨ BA

Có bên thứ ba nào chịu trách nhiệm thanh toán cho các dịch vụ của quý vị không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng ghi rõ bên thứ ba đó: _____

THÔNG TIN VỀ CHI PHÍ (không bắt buộc)

Chúng tôi sử dụng thông tin này để hiểu toàn diện hơn về tình hình tài chính của quý vị.

Chi phí hằng tháng của hộ gia đình:

Tiền thuê nhà/thể chấp	\$ _____	Chi phí y tế	\$ _____
Phí bảo hiểm	\$ _____	Chi phí tiện ích	\$ _____
Các khoản nợ/chi phí khác	\$ _____	(tiền cấp dưỡng con, các khoản vay, thuốc men hoặc các khoản khác)	

THÔNG TIN BỔ SUNG (không bắt buộc)

Vui lòng đính kèm một trang bổ sung nếu quý vị muốn cung cấp các thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của mình mà quý vị muốn chúng tôi biết, ví dụ như khó khăn về 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 Adventist 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 việc xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc chương trình thanh toán.

Tôi khẳng định những thông tin trên là đúng sự thật và chính xác dựa trên những thông tin tôi biết. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tài chính tôi cung cấp bị xác định là không đúng sự thật, tôi có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính và có thể phải chịu trách nhiệm và trả phí cho các dịch vụ đã nhận.

Chữ ký của Người nộp đơn

Ngày

CÁCH NỘP ĐƠN

Nếu có thắc mắc, vui lòng gọi (844-827-5047)

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành qua đường bưu điện đến:

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

HOẶC

Gửi biểu mẫu đã hoàn thành qua email đến:

AHFinAsst@ah.org