



Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Số tài khoản của bệnh nhân

Liệt kê (các) bệnh viện mà bạn được điều trị

Họ của bệnh nhân

Tên của bệnh nhân

Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân

Ngày sinh của bệnh nhân

Họ của người bảo lãnh (nếu khác)

Tên

Số An Sinh Xã Hội của người bảo lãnh

Ngày sinh

Địa chỉ nhà của người bảo lãnh

Số điện thoại nhà

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Tên của chủ lao động của người bảo lãnh

Chức năng công việc/phòng ban của người bảo lãnh

Địa chỉ của chủ lao động của người bảo lãnh

Số điện thoại của chủ lao động của người bảo lãnh

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Tên của chủ lao động của vợ/chồng

Chức năng công việc/phòng ban của vợ/chồng

Địa chỉ của chủ lao động của vợ/chồng

Số điện thoại của chủ lao động của vợ/chồng

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Người sống trong gia đình (bao gồm người nộp đơn)

Tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh	Chủ lao động	Thu nhập hàng năm
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Đơn Xin Hỗ Trợ Thanh toán Dignity Health (Tiếp theo)

Để xác định người thật sự đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính, trước tiên chúng tôi phải yêu cầu nộp thông tin được liệt kê dưới đây để chứng minh điều kiện khó khăn về tài chính. Vui lòng hoàn tất đơn xin và gửi lại cùng với tất cả những hồ sơ được liệt kê dưới đây. Nếu bạn không thể nộp một trong những hồ sơ này hoặc có các yếu tố khác có thể ảnh hưởng đến việc đánh giá, vui lòng nộp bản trình bày giải thích tình huống của bạn.

Hồ sơ yêu cầu:

- Bảng chứng nhận dạng – **Một** trong những hồ sơ sau đây:
 - Bản sao thẻ An Sinh Xã Hội
 - Bản sao giấy phép lái xe do tiểu bang cấp
 - Bản sao ID có hình khác
- Xác minh địa chỉ hiện tại – **Một** trong những hồ sơ sau đây:
 - Biên nhận tiền thuê nhà
 - Hóa đơn tiện ích
- Từ chối điều kiện hội đủ từ chương trình Medi-Cal hoặc Medicaid từ tiểu bang nơi cư ngụ.
- Bảng chứng thu nhập cho tất cả các thành viên gia đình* trong vòng 12 tháng trước ngày được cung cấp dịch vụ Dignity Health. Điều này có thể bao gồm (các) Tờ Khai Thuế Thu Nhập mới nhất hoặc cuống phiếu lương vào cùng thời điểm. Nếu tự kinh doanh, bao gồm Tờ khai Schedule C kèm theo Tờ khai thuế. Nếu những giấy tờ này không có, vui lòng viết giải thích vào một tờ giấy riêng biệt, trình bày tình hình tài chính của quý vị trong ba tháng qua, và nộp kèm với đơn xin này.

*Gia đình của bệnh nhân bao gồm:

- Đối với người trên 18 tuổi, vợ/chồng, bạn tình như được định nghĩa trong Phần 297 Đạo Luật Gia Đình, và trẻ phụ thuộc dưới 21 tuổi, dù sống ở nhà hay không.
- Đối với người dưới 18 tuổi, cha/mẹ, người thân chăm sóc, và trẻ khác dưới 21 tuổi là con của cha/mẹ hoặc người thân chăm sóc.

Sau khi chúng tôi xem xét ban đầu các hồ sơ được cung cấp, những hồ sơ sau đây có thể cần phải có để xác định điều kiện hội đủ:

Bảng chứng tài sản bằng tiền – **Tất cả** những hồ sơ sau đây:

- Bảng kê tài khoản chi phiếu-3 tháng mới nhất
- Bảng kê tài khoản tiết kiệm-3 tháng mới nhất
- Cổ phiếu, tín phiếu & CD

Khi ký tên dưới đây, bạn đồng ý được xem xét Hồ Trợ Thanh Toán. Ngoài ra, bạn xác nhận rằng tất cả những điều trình bày trong đơn xin này là đúng sự thật và hoàn chỉnh với sự hiểu biết tốt nhất của mình. Nếu được xác định rằng thông tin của bạn không hoàn chỉnh hoặc giả mạo, bất kỳ khoản giảm giá nào trên hóa đơn của bạn có thể bị đảo ngược và bạn được yêu cầu thanh toán đầy đủ. Khi ký tên dưới đây, bạn ủy quyền cho Dignity Health kiểm tra các thông tin tham khảo và lịch sử tín dụng để đánh giá đơn xin xem xét hỗ trợ tài chính này.

Nếu bạn nhận khoản tiền thanh toán từ công ty bảo hiểm, chương trình bồi thường công nhân, hoặc bất kỳ bên thứ ba nào khác, bạn đồng ý thông báo cho bệnh viện biết về bất kỳ khoản thanh toán nào như vậy. Bệnh viện có quyền thu các khoản chi phí ban đầu được xuất hóa đơn đầy đủ nếu bên thứ ba thanh toán các dịch vụ của bệnh viện cho bạn.

Chữ ký của người có trách nhiệm đối với hóa đơn (Người bảo lãnh)

Ngày

Gửi đơn xin hoàn chỉnh qua đường bưu điện đến:

Mark Twain Medical Center
768 Mountain Ranch Road
San Andreas, CA 95249