

Đơn Hướng Dẫn Xin Chăm Sóc Từ Thiện / Hỗ Trợ Tài Chính

Đây là đơn xin cho hỗ trợ tài chính (Còn được gọi là chăm sóc từ thiện) tại trung tâm bệnh viện y tế overlake (OHMC) và/hoặc phòng khám y tế overlake (OMC), LLC.

Tiểu bang washington đòi hỏi tất cả bệnh viện phải cung cấp hỗ trợ tài chính cho người dân và những gia đình đáp ứng với lương thu nhập với số phù hợp nhất định. Bạn có thể đủ để được chăm sóc miễn phí hoặc được chăm sóc giảm giá dựa theo quy mô gia đình và thu nhập, thậm chí trong trường hợp bạn có bảo hiểm sức khỏe. Các chính sách hỗ trợ từ thiện có thể lướt xem trên mạng tại www.overlakehospital.org/financialpolicies

Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì? Sự hỗ trợ tài chính bao gồm các dịch vụ thích hợp được cung cấp từ OHMC và /hoặc OMC tùy thuộc vào điều kiện của bạn. Hỗ trợ tài chính có thể không bao gồm tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, kể luôn các dịch vụ được cung cấp từ các tổ chức khác.

Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần giúp điền đơn này: xin vui lòng gọi điện cho điều phối viên hỗ trợ tài chính ở số 425-635-6239. Bạn sẽ được giúp đỡ bất kỳ lý do nào, bao gồm khuyết tật và trợ giúp về ngôn ngữ.

Muốn đơn của bạn được xử lý, bạn phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình của bạn**
Điền vào các số thành viên của gia đình mình (Gia đình bao gồm những người liên quan đến sinh sản, kết hôn, hoặc con nuôi sống chung)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin tổng thu nhập hàng tháng của gia đình bạn (Thu nhập trước thuế và khấu trừ)**
- Cung cấp tài liệu cho thu nhập gia đình**
- Đính kèm thêm những thông tin nếu cần thiết**
- Ký tên và điền ngày tháng vào đơn**

Chú thích : bạn không cần phải cung cấp số an sinh xã hội khi xin hỗ trợ tài chính. Nếu bạn cung cấp cho chúng tôi số an sinh xã hội của bạn nó sẽ giúp tốc độ xử lý đơn xin của bạn nhanh hơn. Số An Sinh xã hội được dùng để xác minh thông tin đã được cung cấp cho chúng tôi. Nếu bạn không có số An Sinh xã hội, hãy đánh dấu "không ứng dụng" hoặc viết tắt "NA."

Gửi hoặc đánh fax đơn đã điền với tất cả tài liệu tới:

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

Bạn có thể dùng phong bì trả lại kèm trong đơn.
Nhớ hãy giữ một bản sao cho riêng mình.

Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về quyết định cuối cùng của đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu được, trong vòng 14 ngày sau khi nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính đã hoàn chỉnh, bao gồm tài liệu về thu nhập.

Khi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, bạn đã đồng ý cho chúng tôi thực hiện những xem xét cần thiết để xác nhận nhiệm vụ tài chính và thông tin tài liệu.

Chúng tôi muốn giúp. Xin gửi đơn nhanh chóng! Bạn có thể nhận các hoá đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của bạn.

Xin điền đủ các thông tin. Nếu nó không ứng dụng, viết "NA." Đính kèm thêm các trang bổ sung nếu cần thiết.

SCREENING INFORMATION

Bạn có cần thông dịch viên? Yes No *Nếu cần, ngôn ngữ gì:*

Bệnh nhân đã xin Medicaid? Yes No *Có thể cần phải xin Medicaid trước khi được xem xét hỗ trợ tài chính*

Bệnh nhân hiện thời vô gia cư? Yes No

Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân liên quan đến tai nạn xe cộ hoặc tai nạn lao động? Yes No

PLEASE NOTE

- Chúng tôi không đảm bảo bạn sẽ đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính, thậm chí nếu bạn điền đơn xin.
- Khi bạn gửi đơn, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và yêu cầu cung cấp thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập
- Trong vòng 14 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn của bạn, chúng tôi sẽ báo nếu bạn đủ điều kiện để được sự giúp đỡ..

PATIENT AND APPLICANT INFORMATION

Tên bệnh nhân		Tên đệm của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (xin xác định _____)		Ngày sinh		Số an sinh xã hội (không bắt buộc *)	
Người chịu trách nhiệm thanh toán tiền bill		Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh	Số an sinh xã hội (không bắt buộc *)	
Địa chỉ				Số điện thoại chính	
City		State		Zip Code	
				Email Address:	
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hoá đơn <input type="checkbox"/> Việc làm (Ngày được thuê: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thất nghiệp bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Tàn tật <input type="checkbox"/> Về hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)					

FAMILY INFORMATION

Điền danh thành viên trong gia đình, luôn cả bạn, "Gia đình" gồm những người liên quan đến sinh sản, kết hôn, hoặc con nuôi sống chung.

THÀNH VIÊN _____ *Kèm thêm giấy bổ sung nếu cần thiết*

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ với bệnh nhân	Nếu 18 tuổi hoặc hơn: Tên chỗ làm việc - gốc thu nhập.	Nếu 18 tuổi hoặc lớn hơn. Tổng thu nhập hàng tháng -trước thuế	Cũng đang xin hỗ trợ tài chính?
					Yes / No
					Yes / No

					Yes / No
					Yes / No
Các thu nhập của các thành viên lớn trong gia đình phải thú nhận. Ví dụ như các nguồn thu nhập sau: - Tiền lương - Tiền thất nghiệp - Tiền tự làm - Tiền bồi thường lao động - Tiền khuyết tật - SSI - Tiền trẻ em/vợ chồng trợ giúp - Tiền vừa học vừa làm (Học sinh) - Tiền cấp dưỡng - Tiền phân phối về hưu - Khác (<i>Xin giải thích</i> _____)					

Đơn Xin Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính - bảo mật

INCOME INFORMATION

XIN NHỚ: Bạn phải kèm theo bằng chứng thu nhập của bạn với đơn xin.

Bạn phải cung cấp thông tin thu nhập của gia đình bạn. Xác minh thu nhập rất cần thiết cho việc xác định hỗ trợ tài chính. Tất cả thành viên hơn 18 tuổi trong gia đình phải tiết lộ phần thu nhập của họ. Nếu bạn không thể cung cấp tài liệu, bạn có thể gửi một giấy tuyên bố với chữ ký mô tả thu nhập của bạn. Xin vui lòng cung cấp bằng chứng cụ thể cho những nguồn xác định thu nhập.

Ví dụ về các bằng chứng thu nhập như sau đây:

- Giấy "W-2" khấu trừ lương; hoặc
- Check trả lương hiện tại (3 tháng); hoặc
- Giấy khai thuế thu nhập năm ngoái, bao gồm lịch trình nếu có thể; hoặc
- Văn bản, giấy cam kết từ chủ hoặc những người khác ký kết; hoặc
- Giấy phê duyệt/từ chối nhận đủ điều kiện cho Medicaid và /hoặc tiểu bang hỗ trợ y tế; hoặc
- Giấy phê duyệt/từ chối nhận đủ điều kiện bồi thường thất nghiệp.

Nếu bạn không có bằng chứng thu nhập hoặc không có thu nhập, xin đính kèm theo thêm một trang giấy với lời giải thích.

ADDITIONAL INFORMATION

Xin đính kèm thêm một trang giấy bổ sung nếu có những thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của bạn mà bạn muốn chúng tôi biết, chẳng hạn như khó khăn về tài chính, thu nhập theo mùa hoặc thu nhập chỉ tạm thời, hoặc mất mát về cá nhân.

PATIENT AGREEMENT

Tôi hiểu rằng Bệnh Viện Trung Tâm Y Tế Overlake (OHMC)/Phòng Khám Y Tế Overlake (OMC) LLC có sẽ xác minh thông tin bằng kiểm tra tín dụng (credit) và thu thập thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ việc xác định đủ điều kiện hỗ trợ tài chính, hoặc kế hoạch thanh toán tiền nong.

Tôi khẳng định thông tin trên là sự thật và chính xác theo kiến thức của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tôi cung cấp được xác nhận là giả dối, kết quả sẽ bị từ chối về việc được hỗ trợ tài chính, và tôi sẽ phải trả tiền cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ ký của người xin

Ngày