

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Chăm Sóc Từ Thiện và Hỗ Trợ Thanh Toán Giảm Giá

Thông Báo và Hỗ Trợ

Sử dụng đơn này để yêu cầu Chăm Sóc Từ Thiện hoặc Hỗ Trợ Thanh Toán Giảm Giá. Nếu quý vị không chắc nên yêu cầu chương trình nào, hãy liên hệ Văn Phòng Kinh Doanh để được trợ giúp miễn phí. Quý vị có thể nộp đơn bất cứ lúc nào trước, trong hoặc sau khi nhận dịch vụ tại bệnh viện.

Điều kiện được xét dựa trên Thu Nhập Gia Đình và quy mô gia đình. Tài sản tiền tệ sẽ không được xem xét. Không cung cấp số tài khoản ngân hàng, số dư, khoản đầu tư, tài khoản hưu trí, giá trị nhà, giá trị xe hoặc thông tin tài sản khác.

Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các định dạng dễ tiếp cận, bao gồm chữ nổi braille, chữ in lớn, âm thanh và định dạng điện tử dễ tiếp cận, có sẵn bằng cách gọi (213) 314-1492 hoặc đến Văn Phòng Kinh Doanh.

Chương Trình Yêu Cầu

Chọn một: Chăm Sóc Từ Thiện Hỗ Trợ Thanh Toán Giảm Giá Cả hai / Không chắc

Quan trọng: Nếu quý vị chỉ nộp đơn xin Hỗ Trợ Thanh Toán Giảm Giá, quý vị có thể nhận được mức hỗ trợ tài chính ít hơn so với mức có thể có theo chương trình Chăm Sóc Từ Thiện. Nếu quý vị không chắc, quý vị có thể chọn “Cả hai / Không chắc” hoặc liên hệ Văn Phòng Kinh Doanh để được trợ giúp miễn phí.

Địa Điểm Bệnh Viện

Chọn một: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

Thông Tin Bệnh Nhân

Ngày Dịch Vụ:	_____
Tên Bệnh Nhân:	_____
Ngày Sinh:	_____
Địa Chỉ Gửi Thư:	_____
Thành Phố / Tiểu Bang / Mã Bưu Chính:	_____
Số Điện Thoại:	_____

Giới tính: Nam Nữ Khác / Không muốn trả lời

Sắc tộc - tùy chọn và không dùng để xác định điều kiện hội đủ:

Sắc tộc: Trắng Da đen Gốc Tây Ban Nha/Latinh Người Mỹ bản địa/Thổ dân Alaska

Sắc tộc, tiếp theo: Châu Á/Đảo Thái Bình Dương Khác Không muốn trả lời

Chương Trình, Bảo Hiểm và Quy Mô Gia Đình

Nguồn thanh toán bên thứ ba có thể có: Bảo hiểm tư nhân Medi-Cal Medicare Tự trả
 Khác Không có

Nguồn thu nhập chính: Việc làm Tự kinh doanh An sinh Xã hội Trợ cấp khuyết tật
 Thất nghiệp

Nguồn thu nhập chính, tiếp theo: Hưu trí/Lương hưu Trợ cấp công Hỗ trợ
 Khác Không có

Quý vị không bắt buộc phải nộp đơn xin bảo hiểm y tế khác trước khi Bệnh viện xem xét đơn này cho Hỗ Trợ Thanh Toán Giảm Giá.

Liệt kê bệnh nhân và các thành viên gia đình được tính vào quy mô gia đình.

Tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Tuổi	Giới tính

Tên	Mối quan hệ với bệnh nhân	Tuổi	Giới tính

Thu Nhập Gia Đình

Liệt kê Thu Nhập Gia Đình theo thu nhập hàng tháng hoặc hàng năm. Đính kèm tài liệu chứng minh thu nhập, nếu có.

Nguồn Thu Nhập	Số Tiền Hàng Tháng	Số Tiền Hàng Năm
Lương - Bệnh nhân	\$	\$
Lương - Vợ/chồng / Bạn đời sống chung	\$	\$
Lương - Thành viên gia đình khác	\$	\$
Tự kinh doanh / Thu nhập nông trại	\$	\$
Trợ cấp công / An sinh Xã hội / Trợ cấp khuyết tật	\$	\$
Thất nghiệp / Bồi thường lao động / Trợ cấp đình công	\$	\$
Trợ cấp vợ/chồng / Trợ cấp nuôi con / Phụ cấp quân đội	\$	\$
Lương hưu / Hưu trí	\$	\$
Cổ tức, tiền lãi, thu nhập cho thuê hoặc khoản khác	\$	\$

Tài Liệu Chứng Minh Thu Nhập

Quý vị có thể đính kèm các phiếu lương gần đây hoặc tờ khai thuế thu nhập gần đây. Nếu những tài liệu đó không có sẵn, quý vị có thể cung cấp tài liệu khác cho thấy Thu Nhập Gia Đình. Bệnh viện có thể chấp nhận các dạng tài liệu chứng minh thu nhập khác, nhưng không yêu cầu bất kỳ tài liệu thay thế cụ thể nào. Phiếu lương gần đây thường có nghĩa là phiếu lương trong vòng 6 tháng trước hoặc sau hóa đơn bệnh viện đầu tiên, hoặc trong vòng 6 tháng của đơn nộp trước dịch vụ. Tờ khai thuế gần đây thường có nghĩa là tờ khai cho năm của hóa đơn bệnh viện đầu tiên hoặc trong 12 tháng trước hóa đơn bệnh viện đầu tiên. Thông tin tài sản không bắt buộc và sẽ không được sử dụng.

Thông Tin Dịch Vụ và Tài Khoản

Loại Dịch Vụ	Đơn Vị Dịch Vụ	Số Tiền / Mô Tả	Ngày
Nội trú bệnh viện	Số ngày nội trú	Số tiền đã tính: \$ _____	
Ngoại trú bệnh viện	Số ngày ngoại trú	Số tiền đã thu: \$ _____	
Khác	Điều chỉnh khác / Xóa nợ	\$ _____	
Trách nhiệm của bệnh nhân		\$ _____	

Chi Phí - Tùy Chọn

Thông tin chi phí không bắt buộc đối với điều kiện cơ bản. Thông tin này có thể được dùng để đánh giá điều kiện chi phí y tế cao, lựa chọn kế hoạch thanh toán hoặc hỗ trợ khác.

Chi Phí	Số Tiền Hàng Tháng	Chi Phí	Số Tiền Hàng Tháng
Tiền thế chấp / Tiền thuê nhà	\$	Bảo hiểm y tế	\$
Tiện ích / Điện thoại	\$	Hóa đơn y tế / Bệnh viện / Bác sĩ	\$

Chi Phí	Số Tiền Hàng Tháng	Chi Phí	Số Tiền Hàng Tháng
Thực phẩm	\$	Thuốc men / Khoản vay xe / Khác	\$

Không Cần Thông Tin Tài Sản

Tài sản tiền tệ, tham chiếu ngân hàng, số tài khoản, số dư tài khoản, số dư đầu tư, số dư hưu trí, giá trị bất động sản, giá trị xe và thông tin tài sản khác không bắt buộc và sẽ không được xem xét khi xác định điều kiện được hỗ trợ tài chính.

Tính Toán Thu Nhập - Dành Cho Bệnh Viện hoặc Hỗ Trợ Người Nộp Đơn

Mục Tính Toán	Số Tiền hoặc Giá Trị
Tổng Thu Nhập Gộp Hàng Tháng	\$
Trừ Các Khoản Khấu Trừ Hàng Tháng, nếu áp dụng	\$
Thu Nhập Ròng Hàng Tháng Đã Điều Chỉnh	\$
Quy Mô Gia Đình	
Phần Trăm Mức Nghèo Liên Bang (FPL), nếu được tính	

Tuyên Bố của Người Nộp Đơn

Tôi tuyên bố dưới hình phạt khai man rằng các câu trả lời tôi cung cấp là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tôi đồng ý thông báo cho nhà cung cấp trong vòng mười (10) ngày nếu có thay đổi về thu nhập, chi phí, quy mô hộ gia đình, thành viên hộ gia đình hoặc địa chỉ của tôi.

Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp sẽ được giữ bí mật theo yêu cầu của pháp luật.

Tôi hiểu rằng thông tin tài sản không bắt buộc và sẽ không được dùng để xác định điều kiện được hỗ trợ tài chính.

Nếu tôi nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe do tai nạn hoặc thương tích, tôi đồng ý hoàn trả cho nhà cung cấp từ bất kỳ khoản tiền kiện tụng hoặc dàn xếp nào liên quan đến tai nạn hoặc thương tích đó, trong phạm vi pháp luật cho phép.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn / Đại Diện Được Ủy Quyền	Ngày

Bệnh Viện Xem Xét và Quyết Định Bằng Văn Bản

Bệnh viện sẽ xem xét đơn đã hoàn tất và cung cấp quyết định bằng văn bản về điều kiện hội đủ.

Quyết định: Được chấp thuận Bị từ chối Cần thêm thông tin

Nhận xét: _____

Chữ ký / Ngày của người xét duyệt: _____

Chỉ Dành Cho Bệnh Viện

Điều kiện hội đủ phải dựa trên Thu Nhập Gia Đình và quy mô gia đình. Không sử dụng tài sản tiền tệ hoặc thông tin tài sản khác. Nếu bệnh nhân có vẻ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc yêu cầu hỗ trợ, hãy tuân theo chính sách của Bệnh viện trước khi chuyển tài khoản đến thu nợ.

Thông Tin Câu Hỏi hoặc Khiếu Nại

Đối với câu hỏi hoặc trợ giúp nộp đơn, hãy liên hệ Văn Phòng Kinh Doanh theo số (213) 314-1492.

Nếu quý vị tin rằng mình đã bị từ chối hỗ trợ tài chính không đúng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại đến Chương Trình Khiếu Nại Hóa Đơn Bệnh Viện của Tiểu Bang California tại HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov.