

# 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 đáp ứng một số yêu cầu nhất định. Quý vị có thể nhận được sự chăm sóc miễn phí hoặc trả tiền ít hơn cho một số dịch vụ nhất định dựa trên số người trong gia đình và thu nhập 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 [ohsu.edu/financial-assistance](https://ohsu.edu/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 [ohsu.edu/financial-assistance](https://ohsu.edu/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 nhiều quyền lợi hơn.

## Các bước điền mẫu đơn



- ❶ 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.
  - Chúng tôi định nghĩa một hộ gia đình là một người độc thân, cặp vợ chồng đã kết hôn hoặc bạn sống chung có đăng ký kết hôn (ngay cả khi họ không có tên trong bản khai thuế của quý vị), cộng với bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị khai trên bản khai thuế. Trẻ em dưới 18 tuổi thường là người phụ thuộc. Ví dụ về các hộ gia đình:
    - Các cặp vợ chồng kết hôn hợp pháp (hoặc bạn sống chung), sống cùng nhau, cùng với các con phụ thuộc dưới 18 tuổi, và bất kỳ ai khác sống trong hoặc bên ngoài 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.
- ❷ Điền thông tin về thu nhập gộp (thu nhập trước thuế và khấu trừ) của hộ gia đình quý vị.
- ❸ Khai báo và cung cấp giấy tờ chứng minh tài sản để giúp chúng tôi xem liệu quý vị có đủ điều kiện tham gia các chương trình Medicaid hay không.
- ❹ Đính kèm mọi thông tin khác mà chúng tôi đã yêu cầu.
- ❺ Ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính.

Để được giúp điền đơn, hãy gọi số **503-494-8551**, thứ Hai – thứ Sáu, 9 a.m-4:30 p.m.



## 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 giấy phép lái xe hoặc thẻ căn cước của quý vị. Chúng tôi có thể yêu cầu thêm giấy tờ chứng minh nơi cư trú. *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 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 hoàn chỉnh gần nhất. *Thu nhập được tính trong tháng nhận thu nhập (ngày lương) chứ không phải là tháng kiếm 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, Lương Hưu** hoặc tương đương.
- Quyết định bồi thường yêu cầu bảo hiểm** từ State Employment Division (Ban Việc Làm của Tiểu Bang).
- Sao kê **tiền chu cấp nuôi con** và/hoặc **chu cấp vợ (chồng)**.
- Bảng Tính Thu Nhập Tự Kinh Doanh** hoặc báo cáo **Lãi Lỗ** đối với 3 tháng 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.**

## 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.

### Thư:

Oregon Health & Science University  
Patient Financial Services, RPB07  
3181 SW Sam Jackson Park Road  
Portland, OR 97239-3098  
**Fax:** 503-418-2377  
**Email:** sfr@ohsu.edu

### Để gửi trực tiếp:

Vui lòng gọi 503-494-8551 để xác định địa điểm gần chỗ quý vị nhất.



**OHSU**  
Health



## 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:</i>
Bệnh nhân đã đăng ký nhận Medicaid? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân hiện tại có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân đang tìm kiếm hỗ trợ tài chính tại cơ sở nào? <input type="checkbox"/> Adventist Portland <input type="checkbox"/> Hillsboro Medical Center <input type="checkbox"/> OHSU

### XIN 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 nộp đơn xin.
- Sau 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 sau khi chúng tôi nhận được đơn đã điền thông tin và giấy tờ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ hay không.

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP 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	Mối 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 (thất nghiệp trong bao lâu: _____) <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 trong gia đình/hộ gia đình mà quý vị chịu trách nhiệm về tài chính, bao gồm cả bản thân quý vị. Vui lòng xem hướng dẫn để biết định nghĩa và ví dụ về hộ gia đình.

**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 nộp đơn 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 lương - Bảo hiểm thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường cho người lao động - Phúc lợi khuyết tật - SSI - Chu cấp nuôi con/vợ hoặc chồng
- 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 trang bìa để biết danh sách đầy đủ yêu cầu về 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 điều kiện nhận 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>(chu cấp nuôi con, khoản vay, thuốc men, khác)</i>	

## THÔNG TIN VỀ TÀI SẢN

*Thông tin sẽ được sử dụng để xác định điều kiện tham gia các chương trình Medicaid.*

*Thông tin không được sử dụng để xác định sự hỗ trợ tài chính.*

Số dư tài khoản vãng lai hiện tại

\$ \_\_\_\_\_

Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại

\$ \_\_\_\_\_

Gia đình quý vị có các tài sản khác sau đây không?

**Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp**

Cổ Phiếu  Trái Phiếu

Tài Khoản Tiết Kiệm Chăm Sóc Sức Khỏe  Quỹ Tín Thác

Bất động sản (không bao gồm nơi cư trú chính)  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.

## SỰ ĐỒNG Ý 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 được 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