

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 hỗ trợ tài chính cho những 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.

Những dịch vụ nào thuộc phạm vi của hỗ trợ tài chính

- Không phải tất cả các dịch vụ đều đủ điều kiện. Quý vị sẽ cần phải đảm bảo rằng dịch vụ đó thuộc phạm vi được hỗ trợ trước khi 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.
- Nếu quý vị được chấp thuận nhận hỗ trợ tài chính, việc đó **KHÔNG** đảm bảo rằng quý vị sẽ nhận được dịch vụ.
- Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicaid hoặc các chương trình khác, chúng tôi khuyến khích quý vị đăng ký tham gia những chương trình đó. Medicaid hoặc các chương trình khác có thể cung cấp nhiều quyền lợi hơn.

Các bước điền thông tin cho mẫu đơn đăng ký



- 1 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.
 - Hộ gia đình là một người độc thân, cặp vợ chồng đã kết hôn hoặc bạn đời sống chung có đăng ký (ngay cả khi họ không có tên trong bản kê khai thuế của quý vị), cộng với bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị khai trên bản kê khai thuế của mình.

Trẻ em dưới 18 tuổi thường là người phụ thuộc. Ví dụ về hộ gia đình:

 - Các cặp vợ chồng kết hôn hợp pháp (hoặc bạn đời 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 kê khai thuế của họ.
 - Các cặp vợ chồng chưa kết hôn, có một hoặc nhiều con chung, nếu con họ là bệnh nhân.
 - Người không phải công dân có người bảo lãnh, người bảo lãnh của họ và gia đình của người bảo lãnh.
- 2 Điền thông tin về thu nhập gộp (thu nhập trước thuế và khấu trừ) của hộ gia đình quý vị.
- 3 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.

- ④ Đính kèm mọi thông tin khác mà chúng tôi đã yêu cầu.
- ⑤ Ký tên và ghi ngày tháng vào mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính.

Để nhận trợ giúp điền thông tin cho mẫu 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 giấy tờ gốc.

- ☐ **Giấy tờ chứng minh nơi cư trú.** Cung cấp một trong những giấy tờ sau: hóa đơn dịch vụ tiện ích mang tên quý vị, hợp đồng 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 Hoa Kỳ và không có kế hoạch chuyển ra khỏi Hoa Kỳ.
- ☐ **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 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 đăng ký 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 hoặc tổ chức tín dụng** cho 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 bưu chính:

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 đến gửi trực tiếp:

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



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? ☐ Có ☐ Không Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:
Bệnh nhân đã đăng ký nhận Medicaid? ☐ Có ☐ Không
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? ☐ Có ☐ Không
Hiện tại bệnh nhân có phải là người vô gia cư không? ☐ Có ☐ 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? ☐ Có ☐ Không
Bệnh nhân đang tìm kiếm hỗ trợ tài chính tại cơ sở nào? ☐ Hillsboro Medical Center ☐ 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 có làm đơn.
- Một 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 và giấy tờ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết liệu quý vị có đủ điều kiện được hỗ trợ hay không.

THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN VÀ ĐƯƠNG ĐƠN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
☐ Nam ☐ Nữ ☐ 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	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Ngày Sinh
Địa chỉ gửi thư (bao gồm địa chỉ thực nếu khác)		Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc)
_____ _____ _____ Thành Phố Tiểu Bang Mã Zip		(Các) số điện thoại liên lạc chính () _____ () _____ Địa chỉ email: _____
Tình trạng việc làm của người có trách nhiệm thanh toán hóa đơn ☐ Có việc làm (ngày tuyển dụng: _____) ☐ Thất nghiệp (thời gian thất nghiệp: _____) ☐ Tự kinh doanh ☐ Học sinh/Sinh viên ☐ Khuyết tật ☐ Nghỉ hưu ☐ 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 đăng ký 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 các thành viên trong gia đình. Vui lòng cho biết thu nhập ngoài lao động của bất kỳ người nào trong hộ gia đình dưới 18 tuổi. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ như:

- Tiền công
- Bảo hiểm thất nghiệp
- Tự kinh doanh
- Bồi thường cho người lao động
- Phúc lợi khuyết tật
- SSI
- Chu cấp nuôi con/vợ (chồng)
- 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. Chúng tôi phải xác minh thu nhập để xác định hỗ trợ tài chính.

Tất cả các thành viên trong 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
- Giấy xác nhận của các tổ chức tài chính

Nếu quý vị không có thu nhập, vui lòng đánh 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.

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	\$ _____ (chu cấp nuôi con, khoản vay, thuốc men, khác)		

THÔNG TIN VỀ TÀI SẢN

Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định điều kiện tham gia một số chương trình Medicaid nhất định.

Thông tin này không được sử dụng để ra quyết định về 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 y tế ☐ Quỹ tín thác
☐ Bất động sản (không bao gồm nơi cư trú chính) ☐ Sở hữu doanh nghiệp

THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đánh kèm thêm trang nếu quý vị muốn chúng tôi biết thông tin khác về hoàn cảnh tài chính hiện tại của mình, 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.

THỎA THUẬN 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