SWEDISH
Extraordinary care. Extraordinary caring.℠

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

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc từ thiện) tại Swedish Health Services.

Luật liên bang và tiểu bang yêu cầu tất cả các bệnh viện cung cấp hỗ trợ tài chính cho những người và gia đình đáp ứng một số yêu cầu về thu nhập nhất định. Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá dựa trên quy mô gia đình và thu nhập của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Để xem chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi và hướng dẫn về thang trượt phí, vui lòng truy cập trang web của bệnh viện từ https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance.

Hỗ trợ tài chính chi trả cho những dịch vụ gì? Hỗ trợ tài chính y tế chi trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế do một trong các bệnh viện hoặc phòng khám của chúng tôi cung cấp tùy thuộc vào tính đủ điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính có thể không chi trả tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, kể cả các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp hoàn thành đơn xin này: Chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi, thông tin về các chương trình và tài liệu về đơn xin có sẵn trên trang web của chúng tôi hoặc qua điện thoại. Quý vị có thể nhận trợ giúp vì bất kỳ lý do gì, bao gồm hỗ trợ người bị khuyết tật và hỗ trợ ngôn ngữ. Các tài liệu bằng văn bản đã được dịch có sẵn theo yêu cầu. Dưới đây là cách liên hệ với chúng tôi: https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance Đại Diện Dịch Vụ Khách Hàng theo số: 206-320-5300 hoặc 877-406-0438
Thứ Hai đến Thứ Sáu 8 giờ sáng đến 6 giờ chiều

Để đơn xin của quý vị được xử lý, quý vị phải:

- ❑ **Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị**
  Điền số lượng thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị (gia đình bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, hôn nhân hoặc nhận con nuôi sống cùng nhau)
- ❑ **Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ) bao gồm cuống phiếu lương, mẫu W-2, tờ khai thuế, thư cấp an sinh xã hội và bảng sao kê thu nhập từ tài sản, đồng thời kê khai và cung cấp tài liệu về tài sản.**[1] (xem phần Thu Nhập trong đơn xin hỗ trợ tài chính để biết thêm ví dụ)
- ❑ **Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần**
- ❑ **Ký tên và ghi ngày vào mẫu hỗ trợ tài chính**

Lưu ý: Quý vị không phải cung cấp số An Sinh Xã Hội để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi số An Sinh Xã Hội của quý vị, số này có thể được dùng để nhận dạng quý vị hoặc được dùng để xác minh thông tin được cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An Sinh Xã Hội, vui lòng đánh dấu "không áp dụng" hoặc "NA".

Gửi đơn xin đã hoàn thành cùng với tất cả tài liệu tới: Swedish Medical Center, Attn: Corporate Business Office, 747 Broadway, Seattle, WA 98122 UNITED STATES OF AMERICA. Nhớ giữ lại một bản sao để lưu hồ sơ cho mình.

Để gửi trực tiếp đơn xin đã hoàn thành của quý vị: Hãy đến Văn Phòng Cố Vấn Tài Chính Bệnh Viện gần nhất với quý vị. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định cuối cùng về tính đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu có, trong khoảng thời gian từ 14 đến 30 ngày kể từ

[1] Trừ khi luật tiểu bang có thể cấm, Providence sẽ thu thập và xem xét thông tin liên quan đến tài sản theo yêu cầu của Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) để báo cáo chi phí Medicare.

ngày nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính đã điền đầy đủ, bao gồm cả chứng từ thu nhập.

Bằng cách gửi đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các yêu cầu cần thiết để xác nhận thông tin và nghĩa vụ tài chính.

Chúng tôi muốn giúp đỡ. Vui lòng gửi đơn xin của quý vị kịp thời. Quý vị có thể tiếp tục nhận được bảng sao kê thanh toán cho đến khi chúng tôi nhận được đơn xin đã điền đầy đủ của quý vị và chứng từ cần thiết trừ khi luật chăm sóc từ thiện của tiểu bang quý vị cấm.

SWEDISH
Extraordinary care. Extraordinary caring.℠

Mẫu Đơn Xin Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính – tài liệu bí mật

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin. Nếu mục không áp dụng, hãy viết "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, liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:*
Bệnh nhân đã đăng ký Medicaid chưa? □ **Rồi** □ **Chưa** Bệnh nhân có bị Mù không? □ **Có** □ **Không** Bệnh nhân có bị Khuyết tật không? □ **Có** □ **Không**
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? □ **Có** □ **Không**
Bệnh nhân hiện có đang vô gia cư không? □ **Có** □ **Không**
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc thương tích lao động không? □ **Có** □ **Không**

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 xin, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập. • Trong vòng 14-30 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn xin và chứng từ đã điền đầy đủ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết về quyết định của chúng tôi.

THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN			
Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân
□ Nam □ Nữ □ Khác (có thể ghi rõ _____)	Ngày Sinh		Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (không bắt buộc)
Người Chịu 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 _____ _____ Thành Phố Tiểu Bang Mã Bưu Chính			(Các) số liên lạc chính ( ) _____ ( ) _____ Địa Chỉ Email:

Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn
□ **Có việc làm** (ngày được nhận vào làm):___ □ **Thất nghiệp** (thời gian đã thất nghiệp:)_____
□ **Tự kinh doanh** □ **Học sinh/Sinh viên** □ **Người khuyết tật** □ **Đã nghỉ hưu** □ **Khác** _____

SWEDISH
Extraordinary care. Extraordinary caring.℠

THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị, bao gồm cả quý vị. “Gia đình” bao gồm những người có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi sống cùng nhau.

QUY MÔ GIA ĐÌNH ___ *Đính kèm trang bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên (những) chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập gộp hàng tháng (trước thuế):	Cũng làm đơn xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Phải tiết lộ tất cả thu nhập của các thành viên trưởng thành trong gia đình. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:

Tiền lương- Thất nghiệp-Tự kinh doanh-Bồi thường cho người lao động-Khuyết tật-SSI-Trợ cấp nuôi con/vợ/chồng-Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên)- Ví dụ như thu nhập từ tài sản-cổ phiếu, trái phiếu, IRA, quỹ tương hỗ, thu nhập cho thuê, v.v.

SWEDISH
Extraordinary care. Extraordinary caring.℠

Mẫu Đơn Xin Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính – tài liệu bí mật

THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

***HÃY NHỚ RẰNG**: Quý vị phải đính kèm bằng chứng về thu nhập cùng đơn xin của quý vị.*

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình quý vị. Cần xác minh thu nhập để xác định hỗ trợ tài chính. Tất cả các thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập của họ. Nếu quý vị không thể cung cấp chứng từ, quý vị có thể gửi một bản kê khai bằng văn bản có chữ ký mô tả thu nhập của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập được xác định.

Ví dụ về bằng chứng thu nhập bao gồm:

- Tuyên bố khấu trừ tại nguồn "W-2"; hoặc
- Cuống phiếu lương hiện tại (*3 tháng*); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập năm ngoái, bao gồm cả phụ lục nếu có; hoặc
- Bản kê khai bằng văn bản, có chữ ký của chủ lao động hoặc những người khác; hoặc
- Bảng sao kê thu nhập từ tài sản (cổ phiếu, trái phiếu, IRA, quỹ tương hỗ, v.v.); hoặc
- Phê duyệt/từ chối tính đủ điều kiện hưởng trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm một trang bổ sung kèm giải thích.

THÔNG TIN VỀ CHI PHÍ

Chúng tôi sử dụng thông tin này để có được thông tin tổng quát hơn về tình hình tài chính của quý vị.

Chi Phí Sinh Hoạt Thiết Yếu Hàng Tháng:
Tiền thuê nhà/thế chấp $_____ Chi phí y tế $_____
Bảo Hiểm Y Tế Lệ Phí Bảo Hiểm $_____ Tiện Ích $_____
Nợ/Chi Phí Khác $_____ (*trợ cấp nuôi con, khoản vay, thuốc men, khác*)

THÔNG TIN VỀ TÀI SẢN

Thông tin này chỉ có thể được sử dụng theo chính sách của chúng tôi và các quy định của Tiểu Bang nơi quý vị được chăm sóc và được thu thập và xem xét theo yêu cầu của Các Trung Tâm Dịch Vụ Medicare và Medicaid (CMS) để báo cáo chi phí Medicare.

Số dư tài khoản vãng lai hiện tại $_____ Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại $_____	Gia đình quý vị có những tài sản khác không? **Vui lòng đánh dấu vào tất cả các ô phù hợp** □ Cổ phiếu □ Trái phiếu □ 401K □ (Các) Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế □ (Các) Quỹ tín thác □ Bất động sản (không bao gồm nơi cư trú chính) □ Sở hữu một doanh nghiệp

CÁC THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đính kèm một trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, chẳng hạn như khó khăn tài chính, chi phí y tế quá mức, thu nhập theo mùa hoặc tạm thời hoặc tổn thất cá nhân.

SWEDISH
Extraordinary care. Extraordinary caring.℠

THỎA THUẬN BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng Swedish Health Services 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 tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc kế hoạch thanh toán.

Tôi xác nhận rằng những thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu nếu thông tin tài chính mà tôi cung cấp được xác định là sai, thì kết quả có thể là tôi bị từ chối hỗ trợ tài chính và tôi có thể phải chịu trách nhiệm cũng như phải thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

_____ _____

Chữ Ký Của Người Nộp Đơn Ngày