



Extraordinary care. Extraordinary caring.™

## Yêu Cầu Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính

Kính gửi Bệnh Nhân và Gia Đình:

Theo sứ mệnh và các giá trị cốt lõi, chúng tôi cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho mọi người bất kể khả năng thanh toán của họ.

### **Dịch Vụ Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính Của Chúng Tôi:**

Quý vị có thể gặp khó khăn trong việc thanh toán hóa đơn y tế. Bệnh nhân không thể thanh toán tất cả hoặc một phần dịch vụ chăm sóc sức khỏe của họ có thể nộp đơn xin hỗ trợ tài chính bằng cách hoàn thành và gửi lại mẫu này. Bệnh nhân và gia đình đáp ứng một số yêu cầu về thu nhập có thể hội đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc dịch vụ chăm sóc giảm giá dựa vào số người trong gia đình và thu nhập, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế.

Để xem chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi và nguyên tắc theo thang đối chiếu, vui lòng truy cập trang mạng của Tiểu Bang hiện đang cư trú:

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

**Hỗ trợ tài chính đòi hỏi những gì?** Hỗ trợ tài chính đòi hỏi các dịch vụ cần thiết về mặt y tế do một trong các cơ quan của chúng tôi cung cấp, tùy thuộc vào khả năng hội đủ điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính có thể không đòi hỏi tất cả chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp.

**Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để hoàn thành đơn xin này:** Chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi, thông tin về chương trình và tài liệu đơn xin được cung cấp trên trang mạng của chúng tôi hoặc qua điện thoại. Quý vị có thể nhận được trợ giúp vì bất cứ lý do gì, bao gồm tình trạng khuyết tật và hỗ trợ ngôn ngữ. Sau đây là cách liên lạc với chúng tôi:

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Đại Diện Dịch Vụ Khách Hàng theo số: 206-320-5300 hoặc 877-406-0438 Thứ Hai - Thứ Sáu 8 giờ sáng đến 6 giờ tối

### **Để đơn xin được giải quyết, quý vị phải cung cấp:**

- Thông tin về gia đình quý vị**  
Điền vào số thành viên gia đình trong hộ gia đình quý vị (gia đình bao gồm những người có quan hệ với nhau theo huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi sống cùng nhau)
- Thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị** (thu nhập trước thuế và khấu trừ)
- Công bố tài sản** (như liệt kê trong mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính)
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần thiết**
- Ký và đề ngày tháng vào mẫu hỗ trợ tài chính**

### **\*\*Phải Có Xác Nhận Nguồn Thu Nhập\*\***

Vui lòng gửi cùng với đơn xin bản sao của những tài liệu sau:

- Phiếu lương làm việc trong 3 tháng
- Tờ khai thuế đã nộp gần đây cho tất cả thành viên trong gia đình
- Vui lòng cung cấp bằng chứng về bất kỳ nguồn thu nhập nào khác như liệt kê trong mẫu đơn xin 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, việc này sẽ giúp giải quyết đơn xin của quý vị nhanh hơn. Số An Sinh Xã Hội được dùng để xác minh thông tin đã cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An Sinh Xã Hội, vui lòng đánh dấu “chưa có thông tin” hoặc “NA” (Không Áp Dụng).

**Gửi đơn xin hoàn chỉnh cùng với tất cả tài liệu qua thư đến (hãy nhớ giữ lại bản sao cho quý vị):**

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Swedish Medical Center

Attn: Corporate Business Office

747 Broadway, Seattle WA 98122

**Để gửi trực tiếp đơn xin hoàn chỉnh của quý vị:** Mang đến Văn Phòng Thu Ngân Bệnh Viện gần nhất

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định cuối cùng về khả năng hội đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu có thể, trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả tài liệu về thu nhập.

Bằng việc gửi đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị chấp thuận để chúng tôi thực hiện các truy vấn cần thiết để xác nhận nghĩa vụ và thông tin tài chính.

**Chúng tôi muốn trợ giúp. Vui lòng nhanh chóng gửi đơn xin của quý vị!  
Quý vị có thể nhận được hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị.**

# Mẫu Đơn Xin Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính – bảo mật

Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin. Nếu câu hỏi không phù hợp, hãy viết "NA." (Không Áp Dụng)

Đính kèm các trang bổ sung nếu cần thiết.

## THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần thông dịch viên không?  Có  Không Nếu có, hãy ghi rõ ngôn ngữ ưu tiên:

Bệnh nhân có đăng ký Medicaid không?  Có  Không Có thể cần phải đăng ký trước khi được xét hỗ trợ tài chính

Bệnh nhân có nhận được dịch vụ công cộng của tiểu bang như TANF, Basic Food hay WIC không?  Có  Không

Có phải bệnh nhân hiện là người vô gia cư không?  Có  Không

Có phải nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc chấn thương lao động không?  Có  Không

## XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không thể bảo đảm rằng quý vị sẽ hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn xin.
- Sau khi quý vị gửi đơn xin, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thông tin bổ sung hoặc bằng chứng thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn xin và tài liệu hoàn chỉnh của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

## THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên 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 (tùy chọn*)  <i>*tùy chọn, nhưng cần thiết để nhận được hỗ trợ hào phóng hơn yêu cầu theo luật tiểu bang</i>	
Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn		Quan Hệ với Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội (tùy chọn*)  <i>*tùy chọn, nhưng cần thiết để nhận được hỗ trợ hào phóng hơn yêu cầu theo luật tiểu bang</i>	
Địa Chỉ Gửi Thư  _____				(Các) Số liên lạc chính ( ) _____ ( ) _____ Địa Chỉ Email: _____	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Bưu Chính			
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Có việc làm (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thời gian thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> Làm Việc Tự Do <input type="checkbox"/> Học Sinh <input type="checkbox"/> Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Đã Về Hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)					

## THÔNG TIN 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 với nhau theo huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi cùng nhau.

SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH \_\_\_\_\_

Đính kèm trang bổ sung nếu cần thiết

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

Mọi thu nhập của thành viên trưởng thành trong gia đình phải được tiết lộ. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ: - Tiền lương - Thất nghiệp - Việc làm tự do - Bồi thường tai nạn nghề nghiệp - Khuyết tật - SSI - Tiền nuôi con/vợ (chồng) - Chương

trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Tiền phân phối từ tài khoản hưu trí - Khác (*vui lòng giải thích* \_\_\_\_\_)

# Mẫu Đơn Xin Chăm Sóc Từ Thiện/Hỗ Trợ Tài Chính – bảo mật

## THÔNG TIN THU NHẬP

**GHI NHỚ:** Quý vị phải gửi kèm bằng chứng thu nhập cùng với đơn xin.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình quý vị. Xác minh thu nhập là bắt buộc để quyết định hỗ trợ tài chính. Mọi thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập. Nếu quý vị không thể cung cấp tài liệu, quý vị có thể gửi bản kê đã ký mô tả thu nhập của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng về mọi nguồn thu nhập đã xác định.

**Ví dụ về bằng chứng thu nhập bao gồm:**

- Giấy thu thuế “W-2”; hoặc
- Phiếu lương hiện tại (3 tháng); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập năm ngoài, bao gồm cả bảng thống kê nếu có; hoặc
- Văn bản tuyên bố, đã ký từ chủ lao động hoặc những người khác; hoặc
- Phê duyệt/từ chối khả năng hội đủ điều kiện tham gia Medicaid và/hoặc nhận hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Phê duyệt/từ chối khả năng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp thất nghiệp.

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

## THÔNG TIN CHI PHÍ

Chúng tôi sử dụng thông tin này để có được cái nhìn hoàn chỉnh hơn về tình hình tài chính của quý vị.

Chi Phí Sinh Hoạt Hàng Tháng:

Tiền thuê nhà/tiền thế chấp \$ \_\_\_\_\_

Phí Bảo Hiểm \$ \_\_\_\_\_

Khoản Nợ/Chi Phí Khác \$ \_\_\_\_\_

Chi phí y tế \$ \_\_\_\_\_

Dịch Vụ Tiện Ích \$ \_\_\_\_\_

(tiền nuôi con, tiền cho vay, thuốc, khác)

## THÔNG TIN TÀI SẢN

Thông tin này có thể được dùng nếu thu nhập của quý vị trên mức 200% Định Mức Nghèo Khó Liên Bang.

Số dư tài khoản séc hiện tại

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

Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại

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

Gia đình của quý vị có những tài sản khác như sau không?

**Vui lòng đánh dấu tất cả các mục phù hợp**

Cổ phần  Trái phiếu  401K  (Các) Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế

(Các) Quỹ Tín Thác  Bất động sản (ngoại trừ nơi ở chính)

Sở hữu một doanh nghiệp

## THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đính kèm trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại mà quý vị muốn chúng tôi biết, như khó khăn về tài chính, thu nhập theo mùa hoặc tạm thời, hay thiệt hại cá nhân.

## CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng Swedish Health Services có thể xác nhận thông tin bằng cách xem lại thông tin tín dụng và thu được thông tin từ những nguồn khác để hỗ trợ việc xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc chương trình thanh toán.

Theo hiểu biết của tôi, tôi khẳng định rằng thông tin trên hoàn toàn đúng và chính xác. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tôi cung cấp được xác định là không đúng thì sẽ dẫn đến từ chối hỗ trợ tài chính và tôi sẽ chịu trách nhiệm cũng như sẽ thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày

