



Hướng dẫn Điền Đơn xin Trợ giúp Tài chính

Legacy Health mong muốn cung cấp trợ giúp tài chính cho các cá nhân và gia đình đáp ứng một số yêu cầu về thu nhập. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá, dựa trên quy mô gia đình và thu nhập, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ www.legacyhealth.org ở thanh tìm kiếm, hãy gõ “financial assistance” bằng tiếng Anh. Sau khi quý vị tới trang web đó, quý vị sẽ thấy một đường liên kết tới thông tin bằng ngôn ngữ của quý vị.

Trợ giúp tài chính đòi hỏi những gì? Trợ giúp tài chính đòi hỏi các dịch vụ cần thiết về mặt y tế do Legacy Health cung cấp, tùy thuộc vào điều kiện hội đủ của quý vị. Trợ giúp tài chính có thể không đòi hỏi toàn bộ chi phí chăm sóc sức khỏe, trong đó bao gồm các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp. Trợ giúp này cũng sẽ đòi hỏi phí bác sĩ của Legacy Health.

Nếu quý vị có điều gì thắc mắc hoặc cần hỗ trợ khi điền đơn này, vui lòng liên hệ ban Dịch vụ Hội viên:

Quý vị có thể liên lạc với ban Dịch vụ Hội viên theo số 503-413-4048 (số miễn phí 800-495-7076). Quý vị có thể nhận trợ giúp vì bất kỳ lý do gì, bao gồm hỗ trợ người khuyết tật và hỗ trợ ngôn ngữ.

Để đơn đăng ký của quý vị được xử lý, quý vị phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị**
Liệt kê số thành viên gia đình có trong hộ gia đình của quý vị (gia đình bao gồm những người có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận con nuôi chung sống với nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và khấu trừ)**
- Cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập của gia đình**
- Đính kèm thêm thông tin nếu cần**
- Ký và ghi ngày tháng vào đơn**

Lưu ý: Quý vị không cần phải cung cấp số An sinh xã hội khi nộp đơn xin trợ giúp tài chính. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi số An sinh xã hội, việc này sẽ giúp đẩy nhanh quá trình xử lý đơn đăng ký của quý vị. Số An sinh xã hội được dùng để xác minh thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An sinh xã hội, hãy đánh dấu vào “không áp dụng” hoặc “NA”.

Gửi đơn đăng ký được điền đầy đủ cùng tất cả các tài liệu qua đường bưu điện hoặc fax đến: Legacy Health
PO Box 4037 Portland, OR 97208. Fax: 503-413-2753. Hãy đảm bảo giữ lại một bản sao cho quý vị.

Để trực tiếp nộp đơn đăng ký được điền đầy đủ: Vui lòng ghé thăm bất kỳ cơ sở nào của Legacy Health. Các địa điểm bệnh viện đều có cố vấn tài chính, sẵn sàng hỗ trợ quý vị theo lịch hẹn.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định cuối cùng về sự hội đủ tiêu chuẩn và quyền kháng cáo, nếu có, trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi nhận đơn xin trợ giúp tài chính được điền đầy đủ, bao gồm cả giấy tờ chứng minh thu nhập.

Bằng việc gửi đơn xin trợ giúp tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các công tác điều tra cần thiết để xác nhận thông tin và nghĩa vụ tài chính.

**Chúng tôi có mặt nơi đây sẵn sàng giúp đỡ quý vị. Hãy nộp đơn đăng ký đúng hạn!
Quý vị sẽ tiếp tục nhận hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận thông tin của quý vị.**



Đơn xin Trợ giúp Tài chính

THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần thông dịch viên hay không? Có Không *Nếu có, vui lòng liệt kê các ngôn ngữ ưu tiên:*

Bệnh nhân đã nộp đơn đăng ký Medicaid đúng không? Có Không

Bệnh nhân hiện có phải là người vô gia cư hay không? Có Không

XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký, chúng tôi có thể kiểm tra mọi thông tin và có thể yêu cầu quý vị cung cấp thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập.
- Trong vòng 10 ngày làm việc kể từ khi chúng tôi nhận đơn đăng ký đã điền đầy đủ và giấy tờ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI ĐĂNG KÝ

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 chịu Trách nhiệm Thanh toán Hóa đơn		Quan hệ với Bệnh nhân	Ngày Sinh	Số An sinh Xã hội (không bắt buộc)	
Địa chỉ Nhận thư				(Các) số liên lạc chính	
_____				() _____	
_____				() _____ Địa chỉ	
_____				Email: _____	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip			
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn					
<input type="checkbox"/> Làm thuê (ngày bắt đầu thuê tuyển: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (đã thất nghiệp bao lâu: _____)					
<input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Người khuyết tật <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)					

THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên gia đình ở 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 chung sống với nhau.

QUY MÔ GIA ĐÌNH _____

Đính kèm thêm trang nếu cần

Tên	Ngày Sinh	Quan hệ với Bệnh nhân	Từ 18 tuổi trở lên hay không: Tên của (các) hãng sở hoặc nguồn thu nhập	Từ 18 tuổi trở lên hay không: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng nộp đơn xin trợ giúp tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Phải khai báo thu nhập của tất cả các thành viên trưởng thành trong gia đình. Ví dụ về các nguồn thu nhập bao gồm:

- Tiền lương - Thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường cho người lao động - Khuyết tật - SSI - Tiền cấp dưỡng nuôi con/Tiền hỗ trợ phối ngẫu - Chương trình đào tạo nghề (sinh viên) - Lương hưu - Đóng góp hưu trí cá nhân - Khác (vui lòng giải thích _____)



Đơn xin Trợ giúp Tài chính

THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

HÃY NHỚ: Quý vị phải nộp bằng chứng về thu nhập cùng với đơn đăng ký.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình quý vị. Việc xác minh thu nhập là bắt buộc để đưa ra quyết định về trợ giúp tài chính. Tất cả các thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải khai báo thu nhập của mình. Nếu không thể cung cấp giấy tờ chứng minh, quý vị có thể nộp một bản kê khai mô tả thu nhập của mình, có chữ ký kèm theo. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập đã xác định. Ví dụ về các nguồn thu nhập bao gồm:

- Một bản sao kê khấu trừ tại nguồn "W-2"; hoặc
- Các phiếu lương hiện tại (*giá trị 3 tháng*); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập liên bang của năm ngoái, bao gồm lịch trình nếu có; hoặc
- Văn bản kê khai có chữ ký từ hãng sở hoặc người khác; hoặc
- Phê duyệt/từ chối về điều kiện hội đủ để nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do chính phủ tài trợ; hoặc Phê duyệt/từ chối về điều kiện hội đủ để nhận trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm thêm một trang để trình bày phần giải thích.

Thông tin về Tài khoản Tiết kiệm Chăm sóc sức khỏe (HSA)

Những khoản hỗ trợ này sẽ cần được áp dụng cho số dư nợ trước khi nhận Trợ giúp Tài chính

Số dư của Tài khoản Tiết kiệm Chăm sóc sức khỏe (HSA) \$ _____

SỰ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng Legacy Health có thể xác minh thông tin được cung cấp và lấy thông tin từ những nguồn khác để hỗ trợ quá trình xác định điều kiện hội đủ để nhận trợ giúp 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 của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tài chính mà tôi cung cấp bị xác định là sai, tôi có thể bị từ chối, không được nhận trợ giúp tài chính và tôi có thể phải chịu trách nhiệm và phải thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ ký của Người Đăng ký

Ngày