

Bệnh Viện Nhi Đồng Rady – San Diego

HƯỚNG ĐĂNG KÝ NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Hướng Dẫn

Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện Nhi Đồng Rady San Diego cung cấp dịch vụ hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc cần thiết về mặt y tế và có thu nhập thấp, không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm dưới mức chi trả, không đủ điều kiện tham gia chương trình của chính phủ và không có khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế do tình hình tài chính của gia đình. Để xác định xem bệnh nhân/người bảo lãnh có đủ điều kiện nhận chương trình hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi cần thu thập một số thông tin tài chính nhất định.

Vui lòng hoàn thành đầy đủ đơn đăng ký đính kèm và gửi lại cùng các bản sao sau:

1. Tài liệu chứng minh thu nhập của Bệnh Nhân/Gia Đình. Thu nhập có thể được xác minh thông qua một trong số các cách sau: 1. Tờ khai thuế (ưu tiên) 2. Cuống phiếu lương gần đây/xác nhận chuyển tiền lương hoặc xác minh qua điện thoại theo nơi làm việc

Nếu Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh không thể cung cấp tài liệu chứng minh thu nhập, Bệnh Viện Nhi Đồng Rady có thể tùy ý quyết định việc yêu cầu bệnh nhân/Người bảo lãnh ký xác nhận chịu hình phạt khai man về (i) tính xác thực của bất kỳ thông tin thu nhập nào cung cấp trong Mẫu Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính, (ii) giải thích lý do tại sao bệnh nhân/người bảo lãnh không cung cấp tài liệu chứng minh thu nhập và (iii) xác minh tính chính xác của cách tính thu nhập của Bệnh Viện Nhi Đồng Rady.

2. Chứng minh tài sản trong trường hợp (a) nộp đơn xin cung cấp dịch vụ Chăm Sóc Từ Thiện và (b) theo yêu cầu của Bệnh Viện Nhi Đồng Rady.
3. Nếu bệnh nhân được bảo hiểm và bệnh nhân/người bảo lãnh đăng ký tham gia do chi phí y tế cao, tài liệu cần nộp bao gồm tài liệu chứng minh chi phí y tế thực tế đã thanh toán cho bệnh nhân, bao gồm cả những chi phí y tế không phát sinh tại Bệnh Viện trong 12 tháng trước đó nếu có. Các chi phí phát sinh của người bảo lãnh, không liên quan đến bệnh nhân sẽ không được xem xét. Chi phí phải bằng hoặc vượt 10% thu nhập hàng năm trước 12 tháng.
4. Tài liệu chứng minh việc *có hoặc không có* bảo hiểm y tế của bên thứ ba (bảo hiểm tư nhân bao gồm bảo hiểm được cung cấp thông qua Sàn Giao Dịch Phúc Lợi Y Tế California, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Bồi Thường Cho Người Lao Động, Bảo Hiểm Ô Tô hoặc loại khác).
 - a. Tất cả bệnh nhân và/hoặc người bảo lãnh đăng ký hỗ trợ tài chính nên tìm kiếm các phương án bảo hiểm y tế công cộng, bao gồm nhưng không giới hạn ở Medi-Cal hoặc Dịch Vụ dành cho Trẻ Em California, trước khi RCHSD đưa ra quyết định cuối cùng về việc đủ/không đủ điều kiện tham gia FAP.

Các đơn đăng ký không có xác minh thu nhập hoặc chứng thực có chữ ký được coi là không đầy đủ và sẽ không được xử lý. Để được hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với Bệnh Viện Nhi Đồng Rady – San Diego theo số 858-966-4005. Vui lòng gửi lại đơn đăng ký và xác minh tài liệu thu nhập trong vòng 21 ngày theo lịch qua đường bưu điện hoặc trực tiếp tới:

Financial Counseling Department
Rady Children's Hospital – San Diego
3020 Children's Way, MC 5055
San Diego, California 92123-4282

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về việc quý vị đủ/không đủ điều kiện nhận hỗ trợ theo địa chỉ được cung cấp trên đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị.

TÊN BỆNH NHÂN _____
TÊN NGƯỜI BẢO LÃNH _____
TÊN NGƯỜI BẢO LÃNH _____
ĐỊA CHỈ _____
SỐ ĐIỆN THOẠI _____

TÌNH TRẠNG GIA ĐÌNH: Liệt kê tất cả những người phụ thuộc trong hộ gia đình

Tên	Tuổi	Mối quan hệ
Tổng số người phụ thuộc:		

VIỆC LÀM VÀ NGHỀ NGHIỆP

Người Sử Dụng Lao Động của Người Bảo Lãnh: _____ Chức Vụ: _____

Người Liên Hệ và Điện Thoại: _____

Nếu Tự Kinh Doanh, Tên Doanh Nghiệp: _____

Người Sử Dụng Lao Động của Người Bảo Lãnh: _____ Chức Vụ: _____

Người Liên Hệ và Điện Thoại: _____

Nếu Tự Kinh Doanh, Tên Doanh Nghiệp: _____

THU NHẬP HÀNG THÁNG HIỆN TẠI

	Người Bảo Lãnh	Người Bảo Lãnh
Cộng Tổng Lương (trước khấu trừ)	_____	_____
Thu Nhập từ Hoạt Động Kinh Doanh	_____	_____
(nếu Tự Kinh Doanh)	_____	_____
Bằng Thu Nhập Hàng Tháng Hiện Tại	_____	_____
Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (Kết Hợp Cả Hai Người Bảo Lãnh)	_____	_____

Khi ký tên vào biểu mẫu này, tôi đồng ý cho phép Bệnh Viện Nhi Đồng Rady – San Diego kiểm tra lịch sử việc làm và lịch sử tín dụng nhằm mục đích xác định việc đủ/không đủ điều kiện được giảm các chi phí tài chính. Tôi hiểu rằng tôi cần cung cấp các tài liệu được nêu trong Hướng Dẫn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính của RCHSD **trong vòng 21 ngày**. Tôi xác nhận rằng tất cả những điều trên là đúng và chính xác và tôi đã báo cáo đủ tất cả các khoản thu nhập. Tôi hiểu rằng thông tin này được cung cấp để xác định khả năng nhận Hỗ Trợ Tài Chính cho các dịch vụ được cung cấp tại Bệnh Viện Nhi Đồng Rady San Diego; và nhân viên bệnh viện có thể xác minh thông tin trên đơn đăng ký; việc cố ý trình bày sai thông tin đó có thể khiến tôi bị từ chối hỗ trợ.

Chữ Ký của Người Bảo Lãnh

Ngày

Chữ Ký của Người Bảo Lãnh

Ngày