

Bệnh Viện Nhi Đồng Rady – San Diego

HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Hướng dẫn

Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của Bệnh Viện Nhi Đồng Rady San Diego cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc sức khỏe cần thiết về y khoa và thu nhập thấp, không được bảo hiểm hoặc được bảo hiểm không đầy đủ, không đủ điều kiện tham gia chương trình của chính phủ, và không thể thanh toán cho chăm sóc y tế cần thiết dựa trên tình hình tài chính gia đình cá nhân.

Để xác định liệu bệnh nhân/người bảo lãnh có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không, chúng tôi cần thu thập các thông tin tài chính nhất định. Sự hợp tác của quý vị sẽ cho phép chúng tôi đưa ra cân nhắc thích đáng đối với yêu cầu hỗ trợ tài chính của quý vị.

Vui lòng hoàn thành bản đăng ký đính kèm và gửi lại bản sao các giấy tờ sau:

1. Giấy tờ về thu nhập của Bệnh Nhân/Gia Đình. Thu nhập có thể được xác minh thông qua bất kỳ cơ chế nào sau đây:
 - (a) Bản khai thuế (ưu tiên)
 - (b) Cuống phiếu lương/chuyển khoản tiền lương gần đây hoặc xác minh qua điện thoại với nhà tuyển dụng
 - (c) Mẫu IRS W-2
 - (d) Bản kê Khai Tiền Lương và Thu Nhập
 - (e) Thu nhập An Sinh Xã Hội
 - (f) Trợ Cấp cho Người Lao Động hoặc thư xác định trợ cấp thất nghiệp
 - (g) Điều kiện trong vòng sáu tháng trước để được hưởng chương trình hỗ trợ chính phủ (bao gồm tem phiếu thực phẩm, Medi-Cal và AFDC)
 - (h) Nếu bệnh nhân/Người Bảo Lãnh không thể cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập, Tổ Chức Nhi Đồng Rady có thể bệnh nhân yêu cầu bệnh nhân/Người Bảo Lãnh lập giấy chứng thực trên nguyên tắc nếu khai man sẽ chịu tội về (i) tính chân thật của bất kỳ thông tin thu nhập nào được cung cấp trên mẫu Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính, (ii) giải thích lý do tại sao họ không cung cấp giấy tờ chứng minh thu nhập, và (iii) xác thực tính chính xác trong tính toán của Tổ Chức Nhi Đồng Rady về thu nhập của họ.
2. Giấy tờ về tiền cấp dưỡng và hỗ trợ con cái, nếu có.
3. Giấy tờ về tài sản nếu (a) xin Chăm Sóc Từ Thiện và (b) có yêu cầu từ Tổ Chức Nhi Đồng Rady.
4. Giấy tờ về chi phí y tế thực trả cho bệnh nhân trong 12 tháng trước.
5. Giấy tờ về việc có bảo hiểm y tế bên thứ ba (bảo hiểm cá nhân bao gồm bảo hiểm được cung cấp thông qua California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Bồi Thường Lao Động, bảo hiểm xe hơi hoặc các bảo hiểm khác).

Đơn đăng ký không có xác minh thu nhập hoặc bản chứng thực đã ký tên được coi là chưa hoàn thành 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 này và giấy tờ xác minh thu nhập trong vòng 21 ngày tới trực tiếp hoặc qua thư:

Phòng Tư Vấn Tài Chính
Bệnh Viện Nhi Đồng Rady – San Diego
3020 Children's Way, MC 5055
San Diego, California 92123-4282

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG RADY – SAN DIEGO**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH**

Chúng tôi sẽ thông báo việc quý vị có đủ điều kiện tham gia hay không sau khi nhận được và thẩm định mọi thông tin cần thiết. Chúng tôi sẽ gửi thông báo tới địa chỉ nhận thư mà quý vị cung cấp trong Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính.

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

HOÀN CẢNH GIA ĐÌNH: Liệt kê tất cả những người phụ thuộc trong hộ gia đình

Tên	Tuổi	Mối Quan Hệ
Tổng Số Người Phụ Thuộc:		

CÔNG VIỆC VÀ NGHỀ NGHIỆP

Nhà Tuyển Dụng: _____ Chức Vụ: _____
 Người Liên Hệ và Số Điện Thoại: _____
 Nếu là Tự Làm Chủ, Nêu Tên Doanh Nghiệp: _____

Nhà Tuyển Dụng của Vợ/Chồng: _____ Chức Vụ: _____
 Người Liên Hệ và Số Điện Thoại: _____
 Nếu là Tự Làm Chủ, Nêu Tên Doanh Nghiệp: _____

THU NHẬP HÀNG THÁNG HIỆN TẠI

	Người Bảo Lãnh	Người Bảo Lãnh
Tổng Tiền Chi Trả (trước khi khấu trừ)	_____	_____
Cộng Thu Nhập từ Hoạt Động Kinh Doanh (nếu Tự Làm Chủ)	_____	_____
Cộng Thu Nhập Khác:		
Lợi Tức và Cổ Tức	_____	_____
Từ Bất Động Sản hoặc Tài Sản Cá Nhân	_____	_____
An Sinh Xã Hội	_____	_____
Khác (nêu rõ):	_____	_____
Tiền Cấp Dưỡng và Hỗ Trợ Được Nhận	_____	_____
Trừ Tiền Cấp Dưỡng và Hỗ Trợ Phải Trả	_____	_____
Bảng Thu Nhập Hàng Tháng Hiện Tại	_____	_____

Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (kết hợp cả hai Người Bảo Lãnh) _____

Khi ký tên vào mẫu này, tôi đồng ý cho phép Bệnh Viện Nhi Đồng Rady - San Diego kiểm tra công việc và tiền sử tín dụng của tôi để xác định tư cách nhận chiết khấu tài chính của tôi. Tôi hiểu rằng tôi cũng được yêu cầu cung cấp giấy tờ được liệt kê trong Hướng Dẫn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính **trong vòng 21 ngày**.

Tôi chứng nhận rằng các nội dung trên là đúng và chính xác và đã báo cáo mọi thu nhập. Tôi hiểu rằng thông tin này được cung cấp để xác định khả năng nhận Hỗ Trợ Tài Chính đối với dịch vụ được cung cấp tại Bệnh Viện Nhi Đồng San Diego; và rằng cán bộ bệnh viện có thể xác minh thông tin trong đơn đăng ký; và rằng cố ý khai gian các thông tin có thể khiến tôi bị từ chối ngay lập tức.

Chữ Ký của Người Bảo Lãnh

Ngày

Chữ Ký của Người Bảo Lãnh

Ngày