



Đơn xin Chương trình Hỗ trợ Tài chính Bệnh viện
(Hospital Financial Assistance Program Application)
P.O. Box 748733
Atlanta, Georgia 30374
Điện thoại: 470-245-9998

Thông tin Bệnh nhân Thường trú nhân Hoa Kỳ: Có Không

Số hồ sơ bệnh án (Medical Record Number, MRN): _____ Tên cơ sở: _____

Họ tên: _____ Số An sinh Xã hội (SS#): _____ Ngày Sinh: _____

GUARANTOR and SPOUSE Information
Kết hôn Ly Dị Ly Thân Góa Độc thân

Tên Người Bảo lãnh: _____ SS#: _____ Mối quan hệ với Bệnh nhân: _____

Ngày Sinh: ____/____/____ Địa Chỉ Nhà: _____

Số điện thoại: (____) _____ Số điện thoại khác: (____) _____

Chủ Lao động 1: _____ Địa Chỉ: _____

Số điện thoại chủ hãng: _____ Chức vụ: _____ Số công việc Hàng năm hoặc Tiền lương theo giờ: _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian, hoặc thất nghiệp (khoanh tròn một)

Chủ Lao động 2: _____ Địa Chỉ: _____

Số điện thoại chủ hãng: _____ Chức vụ: _____ Số công việc Hàng năm hoặc Tiền lương theo giờ: _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian, hoặc thất nghiệp (khoanh tròn một)

Tên Vợ/Chồng: _____ Số An sinh Xã hội: _____ Ngày Sinh: ____/____/____

Chủ Lao động 1: _____ Địa Chỉ: _____

Số điện thoại chủ hãng: _____ Chức vụ: _____ Số công việc Hàng năm hoặc Tiền lương theo giờ: _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian, hoặc thất nghiệp (khoanh tròn một)

Chủ Lao động 2: _____ Địa Chỉ: _____

Số điện thoại chủ hãng: _____ Chức vụ: _____ Số công việc Hàng năm hoặc Tiền lương theo giờ: _____ Làm việc toàn thời gian, bán thời gian, hoặc thất nghiệp (khoanh tròn một)

Người phụ thuộc hợp pháp (Chỉ liệt kê những người phụ thuộc có thể được khai trên biểu mẫu thuế liên bang của quý vị)

Tên (Tên, Tên đệm, Họ)	Ngày Sinh (mm/dd/yy)	Mối Quan Hệ	
	/ /		Quý vị có nộp đơn Medicaid? Có _____ Không _____
	/ /		Quý vị đủ điều kiện cho chương trình Cobra? Có _____ Không _____
	/ /		

Tài sản và các Nguồn Thu nhập Khác

Số dư tài khoản vãng lai: \$ _____ Tên ngân hàng: _____ Số dư tiết kiệm: \$ _____ Tên ngân hàng: _____

Số dư Tài khoản Tiền tệ: \$ _____ Tên ngân hàng: _____ An sinh xã hội: \$ _____ Lương hưu hàng tháng: \$ _____

Tiền cấp dưỡng: \$ _____ Trợ cấp nuôi con: \$ _____ CD: _____

Bất kỳ tài sản nào khác, ví dụ như cổ phiếu, trái phiếu, v.v.: Loại: _____ Giá trị (\$): _____

Quý vị có nhận được khoản hoàn trả cho khoản vay sinh viên không? Có hoặc Không (Khoanh tròn một) Số tiền hoàn trả cho sinh viên: \$ _____

Quý vị có nộp đơn xin phá sản trong 3 năm qua không? Có hoặc Không (Khoanh tròn một) Nếu có, hãy cung cấp ngày: ____/____/____

Quý vị có sở hữu bất động sản cho thuê nào không? Có hoặc Không (Khoanh tròn một) Nếu có, thu nhập hàng tháng là bao nhiêu? \$ _____ Giá trị tài sản: \$ _____

Hệ thống Y tế Wellstar (Wellstar Health System) cam kết cung cấp hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân đã tìm kiếm dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết tại Bệnh viện Wellstar nhưng không có hoặc bị hạn chế khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc đó. Wellstar sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp cho tất cả mọi người, bất kể họ có đủ khả năng thanh toán hay có hội đủ điều kiện theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của họ hay không.

Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính cho bệnh viện Wellstar, quý vị cần hợp tác với Wellstar trong việc xác định và quyết định các nguồn thanh toán hoặc bảo hiểm thay thế từ các chương trình thanh toán công và tư nhân. Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, cần phải có những điều sau:

Thông tin đơn đăng ký:

Nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính đúng, chính xác, đã ký và đã hoàn thành; và tất cả người nộp đơn xin Hỗ trợ Tài chính phải cung cấp bằng chứng về Thu nhập Hộ gia đình và Tài sản Hộ gia đình bằng cách cung cấp những thông tin sau nếu áp dụng:
Mẫu 1040 mới nhất của Sở Thuế Vụ (Internal Revenue Service, IRS) VÀ IRS W-2/1099 (nếu có) được cấp trong năm qua để khớp với Mẫu 1040 của IRS

Cung cấp các tài liệu sau dựa trên tình hình tài chính HIỆN TẠI:

- Cung cấp ba (3) tháng phiếu lương gần nhất hoặc báo cáo từ chủ lao động xác minh tiền lương gộp VÀ hai (2) tháng sao kê ngân hàng gần nhất cho mỗi tài khoản vãng lai, tiết kiệm, thị trường tiền tệ hoặc tài khoản ngân hàng khác hoặc tài khoản đầu tư khác của hộ gia đình. Tất cả các trang bao gồm cả trang trống. HOẶC
- Mẫu 1040 mới nhất của Sở Thuế vụ (IRS) (bao gồm tất cả các phụ lục) VÀ IRS W-2/1099 (nếu có) được cấp trong năm qua để khớp với Mẫu 1040 của IRS.

Tài liệu bổ sung (nếu có)

- Các báo cáo bằng văn bản trong hai (2) tháng gần nhất cho tất cả các khoản thu nhập khác (ví dụ: tiền trợ cấp thất nghiệp, khuyết tật, lương hưu, khoản vay sinh viên, thư chấp thuận của từ Văn phòng An sinh Xã hội, báo cáo Lãi lỗ hiện tại cho tất cả các đương đơn tự kinh doanh, tài liệu cấp dưỡng theo lệnh của tòa án, tài liệu cấp dưỡng nuôi con theo lệnh của tòa án hoặc Báo cáo hoạt động Thẻ phúc lợi (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), v.v. cho hộ gia đình)
- Nếu Thất Nghiệp dưới 3 tháng - Thông báo Chấm dứt hợp đồng từ Người sử dụng Lao động Trước
- Nếu Thất Nghiệp hơn 3 tháng - Yêu cầu về tiền lương (Bộ Lao động)
- Thư từ chối trợ cấp thất nghiệp
- Tài liệu về giá trị tài sản, bao gồm nhưng không giới hạn ở báo cáo thuế tài sản, Giấy chứng nhận Tiền gửi và các báo cáo đầu tư khác
- Báo cáo đóng góp từ những cá nhân đóng góp thu nhập hoặc hỗ trợ bằng hiện vật cho bệnh nhân.
- Không được phép thay đổi hoặc biên tập tài liệu.

Thông tin này phải được nhận trong vòng 30 ngày để xử lý đơn đăng ký của quý vị. Các tài khoản đủ điều kiện để Xem xét Hỗ trợ Tài chính theo Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Hệ thống Y tế Wellstar (Wellstar Health System) phải hoàn tất đơn đăng ký được nộp trong vòng 240 ngày kể từ ngày trên sao kê thanh toán sau khi xuất viện lần đầu tiên. Wellstar bảo lưu quyền không xử lý tài khoản của quý vị cho Chương trình Hỗ trợ Tài chính nếu không tuân thủ. Quý vị có thể liên lạc với Wellstar nếu có thắc mắc hoặc để được hỗ trợ về đơn đăng ký này tại:

Văn phòng Thanh toán Đơn (Single Billing Office, SBO) Chương trình Hỗ trợ Tài chính (Financial Assistance Program, FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, , Số Fax: 770-792-1737 hoặc Số điện thoại: 470-245-9998

Ý kiến:

Tôi yêu cầu Wellstar xác định tư cách đủ điều kiện của tôi đối với Chương trình Hỗ trợ Tài chính. Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi gửi liên quan đến thu nhập hàng năm và quy mô gia đình của tôi phải được xác minh. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin tôi gửi được xác định là sai, thì quyết định đó sẽ dẫn đến việc từ chối tư cách đủ điều kiện để được Hỗ trợ Tài chính. Tôi cũng đồng ý tuân thủ quy trình nộp đơn và sàng lọc đối với bất kỳ khoản hỗ trợ nào (tức là Medicaid, Medicare, Trợ cấp Tiểu bang (cho bệnh ung thư), Phục hồi chức năng nghề nghiệp, Bảo hiểm, v.v.) có thể được sử dụng để thanh toán các khoản phí tài khoản Wellstar của tôi. Tôi sẽ hợp tác đầy đủ trong việc thực hiện bất kỳ hành động nào được coi là cần thiết để có được sự hỗ trợ đó và sẽ chỉ định hoặc thanh toán cho Wellstar số tiền thu hồi được cho các khoản phí Wellstar. Tôi đồng ý thanh toán bất kỳ số dư nào còn lại sau khi điều chỉnh Chương trình Hỗ trợ Tài chính được thực hiện. Nếu không làm như vậy, mọi khoản chiết khấu của Chương trình Hỗ trợ Tài chính có thể bị đảo ngược. Mỗi người bảo lãnh phải nộp đơn xin Chương trình Hỗ trợ Tài chính đã hoàn thành.

Tôi khẳng định rằng thông tin trên là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký Người Bảo lãnh: _____ Ngày: _____

Các tình huống và tài liệu bổ sung được chấp nhận thay cho các tài liệu được yêu cầu:

- Nếu thu nhập năm hiện tại thấp hơn thu nhập trên tờ khai thuế, vui lòng cung cấp sao kê ngân hàng trong hai tháng (không bỏ sót trang nào) và bảng lương trong 3 tháng thay cho tờ khai thuế

Cung cấp hai trong số các tài liệu sau nếu không thể cung cấp bản sao của Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang gần đây nhất, bao gồm tất cả các mẫu W-2, 1099 và bất kỳ bảng liệt kê nào:

- Cung cấp ba (3) tháng bảng lương gần đây nhất (hoặc giấy chứng nhận thất nghiệp) VÀ cung cấp hai (2) sao kê ngân hàng hiện tại cho tất cả các tài khoản vãng lai, tiết kiệm, thị trường tiền tệ (không bỏ sót trang nào).
 - Nếu có thêm tiền gửi trong tài khoản ngân hàng, chúng tôi sẽ cần tài liệu hỗ trợ cho các khoản tiền gửi đó.
 - Đối với tiền tặng hoặc vay, một lá thư từ người tặng số tiền đó hoặc người cho vay.
 - Đối với thừa kế, thư chứng thực di chúc hỗ trợ số tiền đó.
 - Đối với IRA, 401k hoặc các khoản phân phối hưu trí khác hoặc bán cổ phiếu/trái phiếu, một báo cáo từ tài khoản đó để xác minh số tiền đã phân phối.
 - Đối với các khoản vay bảo hiểm nhân thọ, một báo cáo từ tài khoản đó cho thấy khoản phân phối.
 - Đối với việc bán ô tô, một bản sao hóa đơn bán hàng.
 - Đối với trợ cấp nuôi con, một bản sao phán quyết ly hôn cho thấy lệnh trợ cấp nuôi con.
 - Đối với công việc không cung cấp phiếu lương, một lá thư từ chủ lao động (kể cả quý vị bè hoặc thành viên gia đình) nêu rõ số tiền lương và tần suất trả lương.
 - Nếu quý vị không có bất kỳ khoản thu nhập nào trong 3 tháng qua, một lá thư hỗ trợ từ người đang giúp quý vị cũng như một Yêu cầu về tiền lương từ Bộ Lao động nếu quý vị có số an sinh xã hội.
- Các tình huống khác:
 - Bệnh nhân là cha mẹ sống với con cái và con cái đang khai báo cha mẹ trong tờ khai thuế của họ.
 - Vui lòng cung cấp sao kê ngân hàng, phiếu lương của công ty và thư hỗ trợ.
 - Bệnh nhân vô gia cư.
 - Vui lòng cung cấp Yêu cầu về tiền lương hoặc
 - Nếu quý vị được trả bằng tiền mặt, thì chúng tôi cần báo cáo thu nhập và thư hỗ trợ từ người quý vị đang sống cùng.
 - Bệnh nhân/Người nộp đơn dưới hai mươi một tuổi và được liệt kê là người phụ thuộc trong tờ khai thuế của người khác.
 - Vui lòng cung cấp tờ khai thuế, W-2, 1099, bao gồm tất cả các bảng liệt kê cho cha mẹ quý vị.
 - Nếu cha mẹ quý vị không nộp thuế, vui lòng cung cấp sao kê ngân hàng và phiếu lương của cha mẹ quý vị.