



WellStar Health System

Đăng ký Chương trình Trợ giúp Tài chính Bệnh viện

Ngày sửa đổi: 21/6/2016

LD-24-01-JA4Q Vietnamese Rev 6/16

P.O Box 670747
Marietta, Georgia 30066
Điện thoại: 770-792-1791

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Cư dân Hoa Kỳ Có Không

Số tài khoản: _____ Công ty: _____

Tên: _____ SS#: _____ Ngày sinh: _____

THÔNG TIN NGƯỜI BẢO LÃNH và PHỐI NGÃU

Kết hôn Ly hôn Ly thân Góa bụa

Tên: _____ SS# _____ Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Ngày sinh: ____ / ____ / ____ Địa chỉ nhà riêng: _____

Điện thoại #: (____) _____ Điện thoại khác: (____) _____

Nhà tuyển dụng: _____ Địa chỉ: _____

Công việc #: _____ Vị trí: _____ Trả lương theo năm hay theo giờ: _____ Làm việc toàn thời gian hay bán thời gian (khoanh một lựa chọn)

Tên người phối ngẫu: _____ SS# _____ Ngày sinh: ____ / ____ / ____

Nhà tuyển dụng: _____ Địa chỉ: _____

Công việc #: _____ Vị trí: _____ Trả lương theo năm hay theo giờ: _____ Làm việc toàn thời gian hay bán thời gian (khoanh một lựa chọn)

Những người phụ thuộc hợp pháp (Chỉ liệt kê những người phụ thuộc có thể xác nhận trên biểu mẫu thuế liên bang.)

Tên (Tên, Tên đệm, Họ)	Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	Mối quan hệ

Quý vị đã làm đơn xin Medicaid chưa?
 Có Không

Quý vị có đủ tiêu chuẩn nhận Cobra?
 Có Không

Tài sản và các nguồn thu nhập khác

Số dư tài khoản thanh toán \$ _____ Tên ngân hàng: _____ Số dư tài khoản tiết kiệm \$ _____ Tên ngân hàng: _____

Lương hưu hàng tháng \$ _____ An sinh xã hội: \$ _____ Quỹ Hưu Trí Cá Nhân (IRA) \$ _____ Chứng Chi Tiền Gửi (CD) \$ _____ Hỗ trợ trẻ em \$ _____

Quý vị có nhận Hoàn trả Khoản vay Sinh viên không? Có hoặc Không (Khoanh một lựa chọn) Hoàn trả Sinh viên \$ _____

Cấp dưỡng \$ _____ Chủ đất: Có hay Không (Khoanh một lựa chọn) Giá trị \$ _____ Bất kỳ tài sản nào khác, ví dụ: cổ phiếu, trái phiếu, 401K \$ _____

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

Quý vị có nợ hồ sơ phá sản trong 3 năm qua không? Có hoặc Không (Khoanh một lựa chọn) Nếu có, diễn ngày: ____ / ____ / ____

Quý vị có sở hữu cổ phiếu hoặc trái phiếu không? Có hoặc Không (Khoanh một lựa chọn) Nếu có, giá trị là bao nhiêu? \$ _____

WellStar Health System cam kết cung cấp trợ giúp tài chính cho những bệnh nhân đã tìm kiếm dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế tại các bệnh viện của WellStar nhưng gặp hạn chế hoặc không có khả năng thanh toán cho dịch vụ chăm sóc đó. WellStar sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu cho tất cả các cá nhân, không phụ thuộc vào khả năng thanh toán của họ hay tình trạng hội đủ điều kiện trong Chương trình Trợ giúp Tài chính.

Để có đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính đối với bệnh viện WellStar, hợp tác với WellStar là việc cần thiết trong việc nhận dạng và xác định các nguồn thanh toán hoặc bao trả khác từ các chương trình thanh toán công và tư nhân. Để có đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính, các yếu tố sau là cần thiết:

Thông tin đơn xin:

- Nộp đơn xin trợ giúp tài chính trung thực, chính xác, có chữ ký và điền đầy đủ thông tin; và**
- Tất cả những người làm đơn xin Trợ giúp Tài chính phải cung cấp bằng chứng Thu nhập Gia đình và Tài sản Gia đình bằng cách cung cấp bất kỳ hoặc tất cả các tài liệu có thể áp dụng sau:**

Cung cấp bất kỳ hoặc tất cả các tài liệu sau nếu không thể cung cấp bản sao Báo cáo Thuế Thu nhập Liên bang gần đây nhất:

- Cung cấp ba (3) tháng cuống séc lương gần đây nhất hoặc bảng kê từ nhà tuyển dụng xác minh lương gộp; hoặc
- IRS W-2 được ban hành trong năm vừa qua; hoặc
- Biểu mẫu 1040 của IRS gần đây nhất; hoặc
- Hai (2) tháng bảng kê ngân hàng gần đây nhất cho từng loại tài khoản thanh toán, tiết kiệm, thị trường tiền tệ hoặc tài khoản đầu tư hoặc ngân hàng khác; hoặc
- Bảng kê bằng văn bản cho hai (2) tháng gần đây nhất cho tất cả các nguồn thu nhập khác (ví dụ: bồi thường thất nghiệp, khuyết tật, nghỉ hưu, khoản vay sinh viên, thư cấp từ Văn phòng An sinh Xã hội, báo cáo Lãi Lỗ hiện tại cho tất cả những người làm đơn xin thuộc dạng tự kinh doanh, tài liệu cấp dưỡng, tài liệu hỗ trợ trẻ em, v.v.); hoặc
- Thư từ chối bồi thường thất nghiệp; hoặc
- Tài liệu về giá trị tài sản, bao gồm, không giới hạn, bảng kê thuế tài sản, Chứng chỉ Tiền gửi, 401k, 403b, Quỹ Hưu Trí Cá Nhân (IRA) và các bảng kê đầu tư khác; hoặc
- Bảng kê đóng góp từ các cá nhân có đóng góp thu nhập hoặc trợ giúp bằng hiện vật cho bệnh nhân

Chúng tôi phải nhận được thông tin này để xử lý đơn xin của quý vị. Nếu quý vị không tuân thủ việc gửi lại thông tin trên trong vòng 240 ngày kể từ ngày trên bảng kê hóa đơn đầu tiên sau khi xuất viện, WellStar giữ quyền không xử lý tài khoản của quý vị để được phê duyệt Chương trình Trợ giúp Tài chính. Quý vị có thể liên hệ với WellStar khi có các câu hỏi hoặc để được trợ giúp với đơn xin này tại:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 hoặc Số điện thoại của chúng tôi: 678-838-5750.

Nhận xét:

Theo đây tôi yêu cầu WellStar xác định tính hội đủ điều kiện của tôi cho Chương trình Trợ giúp Tài chính. Tôi hiểu rằng phải có sự xác minh thông tin tôi gửi đi liên quan đến thu nhập hàng năm của tôi và số người trong gia đình. Tôi cũng hiểu rằng nếu thông tin tôi gửi đi được xác định là sai, kết quả xác định này sẽ dẫn đến việc từ chối tính hội đủ điều kiện để nhận Trợ giúp Tài chính. Tiếp theo tôi đồng ý làm đơn xin cho bất kỳ trợ giúp nào (ví dụ: Medicaid, Medicare, State Aid (dành cho ung thư), Tái hòa nhập Nghề nghiệp, Bảo hiểm, v.v.) mà có thể sẵn có để thanh toán cho các khoản phí tài khoản WellStar. Tôi sẽ hợp tác hoàn toàn trong việc thực hiện bất kỳ hành động nào được coi là cần thiết để nhận được trợ giúp như vậy và sẽ nhượng lại hoặc thanh toán cho WellStar số tiền thu được cho các khoản phí của WellStar. Tôi đồng ý thanh toán cho bất kỳ số dư nào còn lại sau khi thực hiện điều chỉnh của Chương trình Trợ giúp Tài chính. Nếu không làm như vậy có thể dẫn đến việc đảo ngược bất kỳ khoản chiết khấu nào của Chương trình Trợ giúp Tài chính. Mỗi đơn xin Chương trình Trợ giúp Tài chính hoàn chỉnh có thể áp dụng cho một người bảo lãnh.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là trung thực và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của Người bảo lãnh: _____ Ngày: _____
