

# Mẫu đơn đăng ký hỗ trợ tài chính



**Lưu ý quan trọng:** QUÝ VỊ CÓ THỂ CÓ THỂ NHẬN ĐƯỢC DỊCH VỤ CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ: Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ giúp AdventHealth xác định xem quý vị có thể nhận được các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hay các chương trình công cộng khác có thể giúp thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Vui lòng gửi đơn đăng ký này đến địa chỉ được nêu trong thư bày tỏ nguyện vọng.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, SẼ KHÔNG CẦN ĐẾN SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ XÉT DUYỆT CHO VIỆC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ. Tuy nhiên, Số An sinh Xã hội là bắt buộc đối với một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Việc cung cấp Số An sinh Xã hội là không bắt buộc nhưng sẽ giúp AdventHealth xác định xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn cho bất kỳ chương trình công cộng nào hay không. Đối với bất kỳ câu hỏi đăng ký nào được đánh dấu “tùy chọn”, câu trả lời (hoặc không trả lời) của quý vị sẽ không có bất kỳ tác động nào đến kết quả của đơn đăng ký.

Vui lòng điền đầy đủ mẫu này và gửi cho AdventHealth trực tiếp, qua thư bưu điện, thư điện tử, hoặc fax để đăng ký dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá sớm nhất có thể sau ngày nhận dịch vụ. Chúng tôi sẽ chấp nhận đơn đăng ký của quý vị trong tối đa 240 ngày sau khi có bản báo cáo thanh toán đầu tiên cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Bằng cách gửi đơn đăng ký này, quý vị xác nhận rằng quý vị đã cung cấp trung thực tất cả thông tin yêu cầu trong đơn đăng ký để hỗ trợ AdventHealth xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào về quy trình đăng ký, quý vị có thể liên hệ với bộ phận tư vấn tài chính của AdventHealth về các câu hỏi hoặc thắc mắc theo số 844-652-0600.

Khiếu nại hoặc thắc mắc về quy trình đăng ký giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc quy trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện có thể được báo cáo cho Văn phòng Chăm sóc Sức khỏe của Tổng chưởng lý Illinois. Đường dây nóng miễn phí của Văn phòng Chăm sóc Sức khỏe là 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

## Thông tin bệnh nhân

*(Vui lòng viết hoa và điền vào tất cả các trường thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)*

Ngày \_\_\_\_\_ Số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

**Tùy chọn** - Nhận dạng Giới tính – Quý vị nhìn nhận bản thân mình là:  Nam  Nữ  Chuyển giới Nam/Nữ (FTM)

Người chuyển giới nữ/chuyển giới nữ/nam sang nữ (MTF)  Phi nhị nguyên giới/giới tính không theo quy chuẩn xã hội, không phải là nam cũng không phải là nữ

Kiểu giới tính bổ sung (hoặc khác)

**Tùy chọn** - Nhận dạng Giới tính: Giới tính ban đầu được ghi trên giấy khai sinh của quý vị là gì?  Nam  Nữ

**Tùy chọn** - Chủng tộc:  Người Da Trắng  Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi  Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Địa  Người Ấn Độ  Người Trung Quốc  Người Philippin  Người Nhật Bản  Người Hàn Quốc  Người Việt Nam  Người Châu Á khác  Người Hawaii Bản Địa  Người Guam hoặc Chamorro  Người Samoa  Cư dân đảo Thái Bình Dương khác

**Tùy chọn – Sắc tộc:**  Người Mỹ gốc Latinh và Tây Ban Nha, hoặc gốc Tây Ban Nha  Người Mexico, Người Mỹ gốc Mexico  Người Puerto Rico

Người Cuba  Người Mỹ gốc Latinh và Tây Ban Nha, hoặc gốc Tây Ban Nha khác

**Tùy chọn – Ngôn ngữ - Quý vị có nói ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh ở nhà không?:**  Có  Không

Nếu có, đó là ngôn ngữ nào?: \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành Phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

**Tùy chọn - Số An Sinh Xã Hội** \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số điện thoại của nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

### Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

*(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)*

Tên (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_

Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội (tùy chọn) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

### Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

*(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)*

Tên (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_

Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội (tùy chọn) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_ Số điện thoại của nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

### Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

*(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)*

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình \_\_\_\_\_

## Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập do người nộp đơn kiếm được _____	Thu	Tiền cấp dưỡng nuôi con đã nhận _____	Tiền
nhập từ vợ/chồng của người nộp đơn _____	Trợ cấp	phụ cấp đã nhận _____	Thu
an sinh xã hội _____	Thu	nhập từ tài sản cho thuê _____	Tem
nhập hưu bổng/lương hưu _____	Thu	phiếu thực phẩm _____	Phân
nhập từ người khuyết tật _____	Tiền	chia quỹ ủy thác đã nhận _____	Thu
bồi thường thất nghiệp _____	Người	nhập khác _____	<b>Tổng</b>
lao động bồi thường _____	Thu	<b>thu nhập hàng tháng \$</b> _____	
nhập từ lãi suất/cổ tức _____			

## Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Những bệnh nhân được cho là đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính như được mô tả trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của AdventHealth không bắt buộc phải điền vào phần này.

Thế chấp/cho thuê _____	Tiện ích	Hỗ trợ/cấp dưỡng cho con cái _____	Thẻ
_____	Điện	tín dụng _____	Hóa
thoại (điện thoại cố định) _____	Điện	đơn bác sĩ/viện phí _____	Bảo
thoại di động _____	Hàng	hiểm ô tô _____	Bảo
tạp hóa/thực phẩm _____	Truyền	hiểm nhà/tài sản _____	Bảo
hình cáp/internet/vệ tinh _____	Chi phí	hiểm y tế/sức khỏe _____	Bảo
ô tô _____	Gửi trẻ	hiểm nhân thọ _____	Chi
_____		phí hàng tháng khác _____	<b>Tổng</b>
		<b>chi phí hàng tháng \$</b> _____	

## Tài sản

Tài khoản tiền mặt/tiết kiệm/séc \_\_\_\_\_  
Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/(các) chứng chỉ tiền gửi \_\_\_\_\_  
Bất động sản/nhà ở thứ cấp khác \_\_\_\_\_  
Thuyền/xe nhà di động/xe máy/phương tiện giải trí \_\_\_\_\_  
Ô tô sưu tập/ô tô không thiết yếu \_\_\_\_\_  
Tài khoản tiết kiệm cho sức khỏe/Chi tiêu Linh hoạt \_\_\_\_\_

Tôi cho phép ADVENTHEALTH lấy thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài. Tôi xác nhận rằng các thông tin trong đơn đăng ký này là đúng và chính xác theo tất cả những gì tôi được biết. Tôi sẽ nộp đơn đăng ký để nhận bất kỳ khoản hỗ trợ nào của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp thanh toán cho các hóa đơn y tế của mình. Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi cung cấp có thể được ADVENTHEALTH xác minh, và tôi cho phép ADVENTHEALTH liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai sự thật trong mẫu đơn này, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, mọi hỗ trợ tài chính được cấp cho tôi có thể bị thu hồi, và tôi sẽ chịu trách nhiệm về việc thanh toán (các) hóa đơn.

Chữ ký của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

Nhận xét \_\_\_\_\_





# Thư hỗ trợ

Số hồ sơ y tế của bệnh nhân/số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân/người nộp đơn \_\_\_\_\_

Địa chỉ của người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Gửi AdventHealth:

Thư này để thông báo rằng (tên bệnh nhân) \_\_\_\_\_  
có mức thu thập từ thấp đến không có thu nhập và tôi đang hỗ trợ cho bệnh nhân trong việc  
trang trải chi phí cuộc sống. Anh ấy/Cô ấy/Người này có ít hoặc không có nghĩa vụ với tôi.

Bằng cách ký vào bản tuyên bố này, tôi đồng ý rằng các thông tin được cung cấp là chính xác theo  
tất cả những gì tôi được biết.

Chữ ký của người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_



Kính gửi Bệnh nhân/Người nộp đơn,

Động lực của AdventHealth là sự cảm thông và chúng tôi luôn tận tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người—đặc biệt là những người cần được chăm sóc nhất. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi. Hỗ trợ tài chính chỉ dành cho trường hợp cấp cứu và chăm sóc y tế cần thiết khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc sức khỏe cho quý vị và gia đình.

Chúng tôi gửi thư này và đơn xin hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu điều này, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đầy đủ cả hai mặt, bao gồm cả chữ ký và ngày ký trước khi quý vị gửi trả. Nếu quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký trong vòng sáu tháng qua và đã được phê duyệt hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Quý vị có thể không cần phải điền đơn đăng ký mới. Chúng tôi sẽ không xem xét đơn đăng ký đã cũ quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, vui lòng cung cấp ít nhất một trong các giấy tờ sau đây làm bằng chứng thu nhập của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn hoặc sống với một người quan trọng khác trong 6 tháng hoặc lâu hơn, họ cũng sẽ cần cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau đây để làm bằng chứng thu nhập của họ trước khi đơn đăng ký có thể được xử lý.

- Bản sao của 3 cuống phiếu lương gần đây nhất từ chủ lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu tự làm chủ, bao gồm tất cả các bảng)
- An sinh xã hội và/hoặc Thư Hỗ Trợ Hưu Trí
- Tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất của Phụ Huynh hoặc Người Giám Hộ, nếu người nộp đơn là người phụ thuộc được nêu trong biểu mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Tài liệu xác minh thu nhập khác
- Bản sao của sao kê ngân hàng từ 3 tháng trước
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp

Nếu quý vị nhận hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè hoặc sống cùng nhà với họ, vui lòng đề nghị họ điền đầy đủ biểu mẫu đính kèm có nhãn “Thư Hỗ Trợ”. Việc này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm về các hóa đơn y tế của quý vị. Điều này sẽ giúp cho biết làm thế nào mà quý vị có thể trang trải được chi phí sinh hoạt. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ gia đình và bạn bè, quý vị không cần điền vào mẫu Thư Hỗ Trợ.

Cuối cùng, vui lòng cung cấp tài liệu làm bằng chứng về chi phí y tế và dược phẩm/thuốc hàng tháng chưa chi trả của quý vị.

Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với bằng chứng thu nhập để đơn đăng ký được xem xét. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa hoàn thiện.

Xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email qua internet là không an toàn. Mặc dù ít xảy ra, nhưng có khả năng thông tin quý vị đưa vào email có thể bị đánh chặn và bị đọc bởi các bên khác ngoài người được gửi thư.

Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và đảm bảo rằng thông tin đó được giữ an toàn. Vì đơn đăng ký chứa số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyên quý vị không nên gửi qua email.

Vui lòng in và gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:

AdventHealth PFS  
Attention: Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, vui lòng gọi cho một trong các Đại diện Bệnh nhân của chúng tôi theo số 888-693-2252.

Trân trọng,

Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân  
AdventHealth