

# Chính sách hỗ trợ tài chính

**Hướng dẫn:** Tất cả các trường phải được hoàn thành trừ khi có ghi chú khác.

Số Hồ sơ Y tế: \_\_\_\_\_

## Thông tin bệnh nhân

Họ, Tên

Ngày sinh

Địa chỉ đường phố

Thành phố, Tiểu bang, Mã Zip

Số an sinh xã hội

Số điện thoại nhà

Số điện thoại thay thế

## Thông tin người bảo lãnh

Họ, Tên

Ngày sinh

Nguồn thu nhập

Thu nhập hàng năm của hộ gia đình trong 12 tháng qua

Số an sinh xã hội

Nếu thu nhập là \$0, vui lòng chọn một trong các mục sau:

- Tàn tật
- Vô gia cư
- Sống với bạn bè
- Sống với người thân
- Đã nghỉ hưu
- Thất nghiệp

Số người trong hộ gia đình

Số trẻ em dưới 21 tuổi trong nhà

Phương tiện trong gia đình bao gồm Ô tô/Thuyền/RV

Số dư tài khoản séc/tiết kiệm

# Chính sách hỗ trợ tài chính

Tài sản sở hữu và giá trị

Số dư tài khoản CD/Hưu trí/Đầu tư


Các tài sản khác

Vui lòng đọc trước khi ký. TÔI XÁC NHẬN rằng thông tin tôi cung cấp là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi sẽ độc lập hoặc với sự hỗ trợ của nhân viên bệnh viện nộp đơn xin BẤT KỶ và TẤT CẢ HỖ TRỢ nào có thể có được thông qua các nguồn liên bang, tiểu bang, chính quyền địa phương và tư nhân để giúp thanh toán hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng nếu tôi không hợp tác với nhà cung cấp bệnh viện của mình trong việc cung cấp thông tin được yêu cầu, đơn đăng ký của tôi có thể bị từ chối hỗ trợ tài chính. Bằng văn bản này, tôi cho phép và ủy quyền cho bất kỳ đại lý được công nhận nào của chương trình Medicaid tiết lộ cho nhà cung cấp bệnh viện của tôi TẤT CẢ thông tin về trạng thái đơn đăng ký Medicaid của tôi và liệu đơn đăng ký có được chấp thuận hay không cũng như lý do từ chối. Tôi sẽ GIAO cho nhà cung cấp bệnh viện của tôi TẤT CẢ CÁC KHOẢN TIỀN nhận được từ các nguồn trên, được cung cấp để hỗ trợ thanh toán HÓA ĐƠN BỆNH VIỆN này. Tôi, thay mặt cho chính mình và thay mặt cho (các) thành viên gia đình trực hệ của tôi, (các) người đại diện được ủy quyền, (các) bác sĩ, (các) cố vấn (bao gồm cả giáo sĩ) và (các) luật sư, đồng ý giữ và duy trì một cách nghiêm ngặt bảo mật mọi thông tin liên lạc bằng văn bản và/hoặc các cuộc thảo luận bằng miệng giữa tôi và nhà cung cấp bệnh viện của tôi về các vấn đề liên quan đến các dịch vụ do nhà cung cấp dịch vụ bệnh viện của tôi cung cấp cho tôi. Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi gửi sẽ được nhà cung cấp bệnh viện của tôi xác minh, bao gồm cả các cơ quan báo cáo tín dụng và phải được các CƠ QUAN LIÊN BANG và/hoặc TIỂU BANG và các cơ quan khác xem xét theo yêu cầu. TÔI ỦY QUYỀN chủ lao động của tôi cung cấp cho nhà cung cấp bệnh viện bằng chứng thu nhập của tôi. TÔI HIỂU rằng nếu bất kỳ thông tin nào tôi cung cấp được chứng minh là không đúng sự thật, nhà cung cấp bệnh viện của tôi sẽ đánh giá lại tình trạng tài chính của tôi và thực hiện bất kỳ hành động nào phù hợp. Để đủ điều kiện nhận hỗ trợ, có thể cần phải có ít nhất một loại tài liệu hỗ trợ xác minh thu nhập hộ gia đình. Tài liệu hỗ trợ có thể bao gồm, nhưng không giới hạn, tờ khai thuế của năm gần đây nhất, W-2 hiện tại, thư hỗ trợ có công chứng, v.v. Yêu cầu hỗ trợ có thể bị từ chối nếu không cung cấp tài liệu hỗ trợ. Mọi số dư chưa thanh toán sẽ đủ điều kiện để thực hiện hành động thu nợ tiếp theo. [Người nộp đơn ở Bang Florida: Đạo luật Florida s.817.50 (1). Bất cứ ai cố tình và có ý định lừa gạt, lấy hoặc cố gắng lấy hàng hóa, sản phẩm, hàng hóa hoặc dịch vụ từ bất kỳ bệnh viện nào ở tiểu bang này sẽ phạm tội nhẹ cấp độ hai, bị trừng phạt như quy định trong s.775.082 hoặc s.775 -083.]

Chữ ký của Người nộp đơn / Người bảo lãnh

Ngày hoàn thành

## Cách gửi đơn đăng ký của quý vị

Thư tín	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
Email	<a href="mailto:Financialassist@medsrv.co">Financialassist@medsrv.co</a> (chỉ hai chữ cái sau dấu chấm trong địa chỉ email)
Cổng thông tin bệnh nhân	<a href="https://account.adventhealth.com/login">https://account.adventhealth.com/login</a> or  AdventHealth App
Quý vị có thắc mắc?	800-462-0490

