

First Hill SURGERY CENTER

Kính gửi các bệnh nhân và gia đình:

Có thể khó thanh toán cho các hóa đơn y tế. Trung Tâm Phẫu Thuật First Hill phối hợp với các bệnh nhân để xem họ có đủ điều kiện được tham gia các lựa chọn kế hoạch thanh toán miễn tiền lãi hoặc giảm giá hỗ trợ tài chính hay không. Nếu được phép nhận hỗ trợ tài chính, một số hoặc tất cả số dư có thể được giảm.

Để được xem xét hỗ trợ tài chính, xin hãy cung cấp các giấy tờ sau đây:

1. Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính đã điền đầy đủ và có ký tên.
2. Bản kiểm tra thu nhập gia đình/hộ gia đình (dưới đây là một số ví dụ về những loại giấy tờ có thể được gửi để trình bày tài chính của bạn).
 - a. Hai phiếu lương gần nhất
 - b. Bảng kê lãi lỗ từ quý trước
 - c. Thư chấp thuận hoặc từ chối hỗ trợ công cộng
 - d. Thư phúc lợi An Sinh Xã Hội
 - e. Tờ khai thuế của năm gần nhất
3. Nếu bạn tuyên bố rằng không có thu nhập hoặc bạn cho rằng có những trường hợp khác có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ của bạn, vui lòng kèm theo thư giải thích. Nếu có người khác trả tiền thực phẩm và nơi ở của bạn, vui lòng kèm theo thư giải thích từ họ. Ngoài ra, cũng xin trình bày khoảng thời gian kể từ khi bạn không có nguồn thu nhập.
4. Đối với các gia đình trên 100% mức nghèo khó của liên bang, có thể cần phải có hồ sơ giấy tờ để kiểm tra bất kỳ tài sản hiện có nào. Bạn có thể tham khảo mức nghèo khó liên bang mới nhất trên trang web của chúng tôi <http://www.firsthillsurgerycenter.com/> hoặc liên lạc với Nhân Viên Tư Vấn Tài Chính.

Nộp lại đơn xin và giấy tờ hỗ trợ của bạn sớm nhất có thể để chúng tôi có thể giúp bạn giải quyết số dư của mình. FHSC có các Nhân Viên Tư Vấn Tài Chính có thể trực tiếp hỗ trợ nếu cần.

Xin lưu ý rằng nếu được phép nhận hỗ trợ tài chính, thì khoản hỗ trợ đó sẽ chỉ trang trải cho các hóa đơn y tế đủ điều kiện từ cơ sở FHSC. Khoản hỗ trợ này không áp dụng đối với các hóa đơn của các nhóm y tế, bệnh viện, hoặc nhóm bác sĩ khác. Vui lòng liên hệ trực tiếp với các nhóm y tế khác về các lựa chọn hỗ trợ tài chính của họ.

Khi bạn nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, nghĩa là bạn cho phép chúng tôi xem xét nghĩa vụ hoặc tham khảo tài chính của bạn nếu cần.

Bạn có thể trực tiếp gửi gói hồ sơ đơn xin hoặc gửi qua đường bưu điện đến phòng ban và địa chỉ dưới đây.

Patient Financial Services
Attn: Financial Counselors
1145 Broadway
Seattle WA 98122

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

I. Thông tin về bệnh nhân					
TÊN CỦA BỆNH NHÂN HO		TÊN	TÊN ĐỆM	ĐIỆN THOẠI NHÀ	
ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ ZIP	ĐIỆN THOẠI HẰNG LÀM
NGÀY SINH	BÁC SĨ CHĂM SÓC CHÍNH (PCP)			CÔNG DÂN HOA KỲ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Nếu không, chúng tôi có thể giúp bạn nộp đơn tham gia Chương Trình Medicaid đặc biệt ngoài Hỗ Trợ Tài Chính của chúng tôi.	

II. Thông tin của người bảo lãnh (Người chịu trách nhiệm về hóa đơn)					
TÊN CỦA NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM THANH TOÁN HÓA ĐƠN					MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN
ĐỊA CHỈ	ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TỈNH BANG	MÃ ZIP	Ngày Sinh
SỐ ĐIỆN THOẠI	NHÀ	HẰNG LÀM			

Vui lòng đánh dấu chọn ô này nếu bạn không nhận dịch vụ và đang nộp đơn để đủ điều kiện trước.

Bạn có giấy giới thiệu từ bác sĩ hoặc bác sĩ phẫu thuật không? CÓ KHÔNG

Nếu có, vui lòng cung cấp tên và số điện thoại của bác sĩ _____

III. Thông tin về hộ gia đình – Vui lòng cho biết TẤT CẢ những người sống trong hộ gia đình của bạn, kể cả người làm đơn		sử dụng thêm trang giấy nếu cần
--	--	---------------------------------

Vui lòng liệt kê bất kỳ người nào đang sống trong hộ gia đình của bạn (bao gồm cả bản thân bạn). Thu nhập bao gồm tiền lương (trước thuế), thu nhập trợ cấp nuôi con, thu nhập trợ cấp sau li hôn, thu nhập từ tài sản cho thuê, tiền bồi thường thất nghiệp, phúc lợi an sinh xã hội, hỗ trợ công cộng/chính phủ, tiền thuê hoặc chi phí sinh hoạt được trao đổi để nhận các dịch vụ được cung cấp, số tiền rút từ tài khoản hưu trí, cổ phần, trái phiếu, v.v.

TÊN CỦA THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH	TUỔI	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGUỒN THU NHẬP HOẶC TÊN CỦA CHỦ LAO ĐỘNG	THU NHẬP GỘP HÀNG THÁNG TRƯỚC NGÀY DỊCH VỤ	ĐƯỢC BẢO HIỂM (khoanh tròn có hoặc không) Nếu có, liệt kê bảo hiểm (nghĩa là Blue Cross, UHC, v.v.)
1.					Có hoặc Không
2.					Có hoặc Không
3.					Có hoặc Không
4.					Có hoặc Không
5.					Có hoặc Không
6.					Có hoặc Không
7.					Có hoặc Không
8.					Có hoặc Không

Tiếp tục ở mặt sau.

IV. Chi phí và tài sản

Thông tin này có thể được sử dụng để hỗ trợ bạn với kế hoạch thanh toán dài hạn hơn hoặc trường hợp ngoại lệ giảm giá nếu bạn không đủ điều kiện được hưởng giảm giá hỗ trợ tài chính tiêu chuẩn của chúng tôi dựa trên quy mô và thu nhập gia đình của bạn. Có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc giấy tờ kiểm tra để xử lý đơn xin của bạn. Nếu vậy, chúng tôi sẽ liên lạc với bạn.

Số tiền trả tiền thuê nhà hoặc thế chấp _____
Chi phí tiện ích _____
Thanh toán tiền xe _____
Chăm sóc trẻ hàng tháng _____
Phí bảo hiểm y tế _____
Chi phí thuốc hoặc vật dụng y tế hàng tháng _____
Số dư tài khoản thanh toán _____ Số
dư tài khoản tiết kiệm _____

Bạn có phải là học sinh toàn thời gian không? Có Không

Bạn có đang được cha/mẹ hoặc người khác hỗ trợ không? Có Không

Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin thu nhập của người hỗ trợ cho bạn.

Nếu bạn cần viết thư giải thích về tình huống cá nhân của mình, vui lòng đính kèm thư theo mẫu này.

VI. Ủy quyền

Sau đây tôi xác nhận rằng thông tin có trong bảng câu hỏi tài chính nói trên là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết tốt nhất của mình. Tôi ủy quyền cho Trung Tâm Phẫu Thuật First Hill kiểm tra bất kỳ hoặc mọi thông tin được cung cấp.

X

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CÓ TRÁCH NHIỆM

NGÀY