

# Cách thức nộp đơn đăng ký xin hỗ trợ tài chính

## Hướng dẫn điền đơn đăng ký

Theo quy định của pháp luật, tất cả các bệnh viện phải cung cấp hỗ trợ tài chính cho những cá nhân và gia đình đáp ứng một số yêu cầu nhất định. Quý vị có thể được chăm sóc miễn phí hoặc chỉ cần trả ít hơn cho một số dịch vụ nhất định tùy theo quy mô gia đình và thu nhập của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Để xem chính sách hỗ trợ tài chính, vui lòng truy cập

[adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance](http://adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance)

## Những dịch vụ nào được hỗ trợ tài chính chi trả

- Không phải tất cả các dịch vụ đều đủ điều kiện nên quý vị cần đảm bảo rằng dịch vụ đó được chi trả trước khi quý vị nhận dịch vụ. Để xem danh sách các dịch vụ **chúng tôi KHÔNG chi trả**, hãy xem chính sách hỗ trợ tài chính tại [adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance](http://adventisthealth.org/portland/patient-resources/patient-financial-services/financial-assistance)
- Xin lưu ý rằng việc quý vị được chấp thuận hỗ trợ tài chính **KHÔNG** đảm bảo rằng quý vị sẽ được nhận dịch vụ.
- Nếu quý vị có thể đủ điều kiện nhận Medicaid hoặc các chương trình khác, chúng tôi khuyến khích quý vị đăng ký tham gia những chương trình này vì quý vị có thể nhận được nhiều quyền lợi hơn.

## Các bước hoàn thành đơn đăng ký



- 1 Điền thông tin về quý vị và gia đình quý vị.
  - Quý vị **KHÔNG** cần cung cấp số an sinh xã hội.
  - Chúng tôi định nghĩa hộ gia đình là một người độc thân, cặp vợ chồng hoặc bạn đời sống chung đã đăng ký (ngay cả khi tên họ không có trên tờ khai thuế của quý vị), cùng với bất kỳ người phụ thuộc nào mà quý vị khai trên tờ khai thuế. Trẻ em dưới 18 tuổi thường là người phụ thuộc. Ví dụ về hộ gia đình:
    - Vợ chồng hợp pháp (hoặc bạn tình sống chung) sống cùng nhau, cùng với con cái phụ thuộc của họ dưới 18 tuổi và bất kỳ ai khác sống trong hoặc ngoài hộ gia đình mà vợ chồng đó khai để đóng thuế
    - Vợ chồng chưa kết hôn có một hoặc nhiều con chung, nếu người con là bệnh nhân
    - Người không phải là công dân được bảo lãnh, người bảo lãnh và gia đình người bảo lãnh
- 2 Điền thông tin về tổng thu nhập của hộ gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ).
- 3 Khai và cung cấp bằng chứng về tài sản để giúp chúng tôi biết liệu quý vị có đủ điều kiện tham gia các chương trình Medicaid hay không.
- 4 Gửi kèm tất cả các thông tin khác mà chúng tôi đã yêu cầu.
- 5 Ký tên và ghi ngày vào đơn đăng ký hỗ trợ tài chính.

Để được trợ giúp về điền đơn, hãy gọi **503-494-8551**, Thứ Hai-Thứ Sáu, 9 giờ sáng - 4 giờ 30 chiều.

## Các tài liệu cần gửi kèm cùng với đơn đăng ký



Vui lòng gửi bản sao mới nhất của tất cả các tài liệu áp dụng cho quý vị dưới đây. Chúng tôi sẽ **KHÔNG** gửi lại các tài liệu gốc

- Bảng chứng về tình trạng cư trú.** Cung cấp một trong những giấy tờ sau: hóa đơn dịch vụ tiện ích đứng tên quý vị, hợp đồng thuê nhà, bản kê khai thế chấp nơi ở của quý vị, bản sao bằng lái xe hoặc thẻ căn cước của quý vị. Chúng tôi có thể yêu cầu thêm bằng chứng về tình trạng cư trú. *Quý vị phải là cư dân của tiểu bang Oregon hoặc quận giáp ranh với tiểu bang Washington (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla và Yakima) và không có kế hoạch rời khỏi khu vực đó.*
- Cuống phiếu lương** trong 3 tháng gần nhất theo lịch. Nếu quý vị không có cuống phiếu lương, quý vị có thể gửi cho chúng tôi giấy liệt kê tổng thu nhập của quý vị trong 3 tháng gần nhất theo lịch do chủ lao động của quý vị cấp. *Thu nhập được tính vào tháng nhận được (ngày trả lương) chứ không phải vào tháng kiểm được.*
- Tờ khai thuế thu nhập** cho năm đã nộp gần nhất, bao gồm tất cả các phụ lục (chẳng hạn như phụ lục C đối với thu nhập từ việc tự kinh doanh).
- Giấy An Sinh Xã Hội, Giấy Cựu Chiến Binh, Giấy Nhận Lương Hưu** hoặc giấy tờ tương đương
- Quyết định yêu cầu bồi thường** từ Phòng Việc Làm Tiểu Bang
- Tuyên bố **cấp dưỡng cho con** và/hoặc **cấp dưỡng cho vợ/chồng**
- Bảng Tính Thu Nhập Từ Việc Tự Kinh Doanh** hoặc báo cáo **Kết Quả Hoạt Động Kinh Doanh** của 3 tháng gần nhất theo lịch
- Giấy tờ xác minh **bất kỳ nguồn thu nhập nào** được liệt kê trong đơn đăng ký của quý vị, bao gồm thu nhập từ tiền lãi hoặc cổ tức hoặc bất kỳ nguồn thu nhập định kỳ nào khác
- Sao kê ngân hàng/tổ chức tín dụng;** tài khoản vãng lai và tiết kiệm
- Sao kê tiền gửi tiền mặt (CD), cổ phiếu, trái phiếu hoặc tài khoản đầu tư**

## Nộp đơn



- Chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính không trong vòng **3 tuần** sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ và các tài liệu cần thiết của quý vị.
- Quý vị có thể nhận được hóa đơn trong khi đơn đăng ký đang được xem xét.

### Qua Đường Bưu Điện:

Oregon Health & Science University  
Patient Financial Services, RPB07 3181  
SW Sam Jackson Park Road Portland, OR  
97239-3098

**Fax:** 503-418-2377

**Email:** sfr@ohsu.edu

### Nộp trực tiếp:

Vui lòng gọi 503-494-8551 để xem địa chỉ gần quý vị nhất



## Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính

Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin. Nếu không áp dụng, hãy viết "NA" (Không áp dụng). Đính kèm trang bổ sung nếu cần.

### THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:</i>
Bệnh nhân đã nộp đơn đăng ký Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Rồi <input type="checkbox"/> Chưa
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Thực Phẩm Cơ Bản hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện tại bệnh nhân có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn ô tô hoặc chấn thương khi làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân đang tìm kiếm hỗ trợ tài chính ở cơ sở nào? <input type="checkbox"/> Adventist Health Portland <input type="checkbox"/> Hillsboro Medical Center <input type="checkbox"/> OHSU

### XIN LƯU Ý

- ⓘ Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- ⓘ Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập.
- ⓘ Trong vòng 21 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký và tài liệu đã điền đầy đủ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

### THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐĂNG KÝ VÀ BỆNH NHÂN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (ghi rõ _____)	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (tùy chọn)
Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	Ngày Sinh
		Số An Sinh Xã Hội (tùy chọn)
Địa Chỉ Gửi Thư (bao gồm địa chỉ thực nếu khác)		(Các) số liên lạc chính ( ) _____ ( ) _____ Địa Chỉ Email:
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Có việc làm (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thời gian bị thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Học sinh/sinh viên <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác ( _____ )		

### THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong hộ gia đình/gia đình mà quý vị chịu trách nhiệm tài chính, bao gồm cả chính quý vị. Vui lòng xem hướng dẫn để biết định nghĩa và ví dụ về hộ gia đình.

**QUY MÔ GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_

*Đính kèm trang bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	Tên chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Có làm đơn xin hỗ trợ tài chính không?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Phải khai hết tất cả thu nhập đã nhận về và chưa nhận về của các thành viên trưởng thành trong gia đình. Vui lòng cung cấp thu nhập chưa nhận về cho người dưới 18 tuổi trong hộ gia đình. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:**

- Lương - Thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường cho người lao động - Khuyết tật - Thu nhập an sinh bổ sung (SSI) - Cấp dưỡng cho con/vợ/chồng
- Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Số tiền phân phối tài khoản hưu trí - Khác (vui lòng giải thích) \_\_\_\_\_



### THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

**HÃY NHỚ:** Quý vị phải đính kèm bằng chứng về thu nhập cùng đơn đăng ký của mình.

**Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình. Cần phải xác minh thu nhập để xác định hỗ trợ tài chính. Tất cả các thành viên trong gia đình phải khai thu nhập. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập được xác định. Vui lòng xem trang bìa để biết danh sách đầy đủ các yêu cầu về thu nhập. Ví dụ về bằng chứng thu nhập bao gồm:**

- Cưỡng phiếu lương hiện tại (3 tháng); và
- Tờ khai thuế thu nhập năm ngoái, bao gồm cả phụ lục, nếu có; và
- Tuyên bố bằng văn bản, có chữ ký của chủ lao động hoặc người khác; và
- Phê duyệt/từ chối khả năng hội đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; và
- Phê duyệt/từ chối khả năng hội đủ điều kiện hưởng trợ cấp thất nghiệp
- Báo cáo từ các tổ chức tài chính

Nếu quý vị không có thu nhập, vui lòng đính kèm trang bổ sung nêu rõ giải thích.

### THÔNG TIN VỀ CHI PHÍ

Tùy chọn. Có thể được sử dụng trong một số trường hợp để có được mô tả đầy đủ hơn về tình hình tài chính của quý vị.

Chi Phí Hộ Gia Đình Hàng Tháng:

Tiền thuê nhà/thế chấp	\$ _____	Chi phí y tế	\$ _____
Lệ Phí Bảo Hiểm	\$ _____	Dịch vụ tiện ích	\$ _____
Nợ/Chi Phí Khác	\$ _____ (cấp dưỡng nuôi con, các khoản vay, thuốc men, khác)		

### THÔNG TIN VỀ TÀI SẢN

Thông tin này sẽ được sử dụng để xác định khả năng hội đủ điều kiện tham gia một số chương trình Medicaid nhất định. Không được sử dụng để xác định hỗ trợ tài chính

Số dư tài khoản vãng lai hiện tại \$ _____	Gia đình quý vị có những tài sản khác này không? <b>Vui lòng đánh dấu tất cả những mục áp dụng</b> <input type="checkbox"/> Chứng Khoán <input type="checkbox"/> Trái Phiếu <input type="checkbox"/> (Các) Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế <input type="checkbox"/> (Các) Quỹ Tín Thác <input type="checkbox"/> Tài sản (không bao gồm nơi ở chính) <input type="checkbox"/> Sở hữu một doanh nghiệp
Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại \$ _____	

### THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đính kèm trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại mà quý vị muốn chúng tôi biết, chẳng hạn như khó khăn về tài chính, chi phí y tế quá cao, thu nhập theo thời vụ hoặc tạm thời hoặc tổn thất cá nhân.

### CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng OHSU Health có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tín dụng và thu thập thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ xác định khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc kế hoạch thanh toán.

Tôi khẳng định rằng thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin tài chính tôi cung cấp được xác định là sai thì kết quả có thể là từ chối hỗ trợ tài chính và tôi có thể phải chịu trách nhiệm cũng như phải thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký của Người Đăng Ký

\_\_\_\_\_  
Ngày