

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính – Hướng dẫn

Đính kèm là đơn xin tham gia Chương trình Hỗ trợ Tài chính của El Camino Health. Xin điền vào, ký tên và gửi lại đơn đăng ký cho văn phòng của chúng tôi kèm các tài liệu được liệt kê bên dưới.

Điều kiện – Quý vị có thể đủ điều kiện nhận Chăm sóc Từ thiện (Giảm giá 100%) nếu: (1) quý vị không có bảo hiểm hoặc có chi phí y tế cao và (2) thu nhập gia đình quý vị bằng hoặc dưới 400% Mức nghèo Liên bang. Chúng tôi sẽ không xem xét đến khoản tiết kiệm của quý vị khi đánh giá quý vị có đủ điều kiện hay không. Nếu đủ điều kiện, quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn số tiền mà bệnh nhân được bảo hiểm trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc y tế cần thiết.

Tài liệu – Bảng chứng về thu nhập là yêu cầu bắt buộc đối với tất cả người nộp đơn. Các tài liệu được xem là bằng chứng được chấp nhận về thu nhập được liệt kê dưới đây.

- Tờ khai thuế gần đây (có nghĩa là tờ khai thuế chứng minh thu nhập của bệnh nhân trong năm bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu hoặc 12 tháng trước khi bệnh nhân được lập hóa đơn lần đầu), **hoặc**
- Phiếu lương gần đây (có nghĩa là phiếu lương trong vòng 6 tháng trước hoặc sau khi bệnh nhân được bệnh viện lập hóa đơn lần đầu, hoặc Đơn xin Hỗ trợ Tài chính được nộp trong trường hợp trước khi đi làm).

Nộp giấy tờ – Quý vị có thể nộp đơn đã điền đầy đủ và các giấy tờ hỗ trợ đến văn phòng của chúng tôi theo bất kỳ cách nào sau đây:

- **Quét và gửi Email:** charity_care@elcaminohealth.org
- **Fax:** NGƯỜI NHẬN: Charity Care
650-966-9334
- **Gửi thư/Bỏ thư:** NGƯỜI NHẬN: Charity Care / Patient Account
Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

Nếu quý vị có thắc mắc về quy trình đăng ký, vui lòng liên hệ với nhóm dịch vụ khách hàng của phòng Quản lý Tài khoản Bệnh nhân của chúng tôi từ 9 giờ sáng đến 4 giờ chiều, thứ Hai đến thứ Sáu, theo số **800-665-6540**. Quý vị có quyền được trợ giúp miễn phí cho đơn đăng ký này, bao gồm cả dịch vụ phiên dịch miễn phí và tài liệu được dịch sang ngôn ngữ của quý vị nếu cần. Vui lòng liên hệ với chúng tôi để được hỗ trợ.

Thông báo về Quyền – Việc nộp đơn xin hỗ trợ tài chính sẽ không ảnh hưởng đến khả năng nhận được dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc chăm sóc y tế cần thiết của quý vị. Quý vị có thể nộp đơn bất kể tình trạng nhập cư.

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CHO BỆNH NHÂN

Ngày nhận đơn (do El Camino Health điền): _____

Số tài khoản / Hồ sơ Bệnh án: _____

Tên Bệnh nhân: _____

El Camino Health cung cấp dịch vụ chăm sóc từ thiện (miễn phí) cho các cá nhân đáp ứng chính sách của chúng tôi. Vui lòng đánh dấu vào ô bên dưới để cho biết nếu quý vị không muốn xin trợ cấp từ thiện mà chỉ muốn yêu cầu các khoản thanh toán giảm giá không miễn phí:

☐ Bệnh nhân chỉ nộp đơn xin tham gia chương trình giảm giá (không miễn phí và hiện không được El Camino Health cung cấp) có thể nhận được ít hỗ trợ tài chính hơn so với những gì có thể nhận được theo chương trình chăm sóc từ thiện của El Camino Health. (Quy định của Bộ luật California, tiêu đề. 22, điều 96051.8(a)(2).) Tôi xác nhận rằng El Camino Health không có chương trình giảm giá, nhưng không muốn đăng ký dịch vụ chăm sóc miễn phí.

Thông tin người nộp đơn (Người bảo lãnh):

Mối quan hệ với Bệnh nhân:

☐ Bản thân ☐ Cha mẹ/Người giám hộ

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố: _____

Tiểu bang, Mã bưu chính: _____

Số Điện thoại: _____

Số Điện thoại: _____

Số Điện thoại Di động: _____

Số An sinh Xã hội: _____

Ngày sinh: _____

Nhà tuyển dụng: _____

Điện thoại của Nhà tuyển dụng: _____

Nghề nghiệp: _____

Tình trạng Hôn nhân: _____

Tên của Vợ/Vhòng: _____

Số lượng Người phụ thuộc _____

Độ tuổi của Người phụ thuộc: _____

Thu nhập Gia đình Hàng năm: \$ _____

(Phải có giấy tờ chứng minh thu nhập.)

**Vui lòng nêu rõ căn cứ để được coi là đủ điều kiện —
Quý vị phải không có bảo hiểm hoặc có chi phí y tế cao.**

☐ Tôi không có bảo hiểm.

☐ Tôi có chi phí y tế cao, vượt quá 10% thu nhập của tôi.

(Điền thông tin bên dưới.)

A. Thu nhập gia đình hàng năm hiện tại của tôi hoặc thu nhập gia đình trong 12 tháng qua (áp dụng mức nào thấp hơn): _____

B. 10% thu nhập gia đình được liệt kê ở A: _____

C. Chi phí cá nhân hàng năm do bệnh nhân chi trả tại El Camino Health hoặc Chi phí y tế cá nhân hàng năm do bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân chi trả kèm theo giấy tờ chứng minh (áp dụng mức nào cao hơn): _____

Bằng việc ký tên bên dưới, Tôi/Chúng tôi tuyên bố rằng mọi thông tin được cung cấp đều đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi/chúng tôi. Tôi/Chúng tôi ủy quyền để El Camino Health xác minh mọi thông tin được liệt kê trong đơn đăng ký này.

Chữ ký của Bệnh nhân/Người nộp đơn _____ **Ngày** _____
(Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, cần có chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ.)

Chữ ký của Đại diện Bệnh nhân _____ **Ngày** _____
Mối quan hệ _____
(Nếu bệnh nhân không thể ký vì bệnh tật hoặc khuyết tật.)