

UW Medicine










Hướng Dẫn Về Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính

Đây là đơn xin trợ giúp tài chính (còn gọi là điều trị nhân đạo) tại UW Medicine. Tiểu Bang Washington bắt buộc tất cả các bệnh viện đều phải trợ giúp tài chính cho những người và gia đình đáp ứng các đòi hỏi về lợi tức. Quý vị có thể hợp lệ để được Trợ Giúp Tài Chính dựa vào số người trong gia đình và mức lợi tức của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm sức khỏe. Trợ giúp được cấp nếu quý vị đáp ứng những hướng dẫn về Trợ Giúp Tài Chính bao gồm thu nhập hộ gia đình của quý vị ở mức 300% hoặc thấp hơn Mức Ấn Định Nghèo Khó của Liên Bang. Quý vị có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc tham khảo trên trang mạng về Trợ Giúp Tài Chính của chúng tôi tại địa chỉ www.uwmedicine.org/financialassistance **hoặc** www.valleymed.org/financialassistance.

Trợ giúp tài chính đài thọ cho những gì? Trợ giúp tài chính của bệnh viện đài thọ cho những dịch vụ thích hợp ở bệnh viện được UW Medicine cung cấp tùy thuộc vào tình trạng hợp lệ của quý vị. Trợ giúp tài chính không thể đài thọ cho tất cả mọi chi phí chăm sóc sức khỏe, kể cả những dịch vụ được cung cấp bởi những nơi khác.

Để hồ sơ của quý vị được xử lý, quý vị phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình của quý vị; Điền số thành viên trong gia đình của quý vị (gia đình bao gồm những người có mối quan hệ với nhau bởi huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận nuôi sống chung với nhau)
- Cho chúng tôi biết các chi tiết về lợi tức chưa khấu trừ hàng tháng của gia đình quý vị (lợi tức trước khi trừ thuế & các khoản khấu trừ)
- Cung cấp giấy tờ chứng minh cho lợi tức và những tài sản đã khai của gia đình
- Kèm thêm những chi tiết khác nếu cần, thí dụ như, thư chứng minh cho các chi tiết của quý vị
- Ký tên và để ngày vào đơn

 Harborview Medical Center Financial Counseling 325 9th Ave; Mail Stop 359758 Seattle, WA 98104-2499 206.744.3084 FAX 206.744.5187 T2-T6 8:00 SA – 4:30 CH	 UW Medical Center-Montlake Financial Counseling 1959 NE Pacific Street Mail Stop 356142 Seattle, WA 98195-6142 206.744.3084 FAX 206.598.1122 T2-T6 8:00 SA – 4:30 CH	 UW Medical Center-Northwest Financial Counseling 1550 N 115th St Seattle, WA 98133-9733 206.744.3084 T2-T6 8:00 SA – 4:30 CH
 Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services 1330 Meridian Ave. N Suite 260 Seattle, WA 98133 206.598.1950 hoặc 1.877.780.1121 FAX 206.668.6469 T2-T6 8:00 SA – 4:30 CH	 Valley Medical Center Patient Financial Services 3600 Lind Ave SW, Suite 110 Renton, WA 98057-4970 425.690.3578 FAX 425.690.9578 T2-T6 8:00 SA – 5:00 CH	 UW Physicians UW Neighborhood Clinics Patient Accounts & Inquiry P.O. Box 50095 Seattle, WA 98145-5095 206.520.9300 hoặc 1.855.520.9300 FAX 206.520.3200 T2-T6 9:00 SA – 5:00 CH
 Harborview Medical Center UW Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 95459 Seattle, WA 98145-2459 206.598.1950 hoặc 1.877.780.1121 FAX 206.598.2360 T2-T6 8:00 SA – 4:30 CH	 Valley Medical Center Patient Financial Services P.O. Box 59148 Renton, WA 98058-2148 425.690.3578 FAX 425.690.9578 T2-T6 8:00 SA – 5:00 CH	 Airlift Northwest Patient Financial Services 6505 Perimeter Road S., Ste 200 Seattle, WA 98108 206.598.2912 FAX 206.521.1612 T2-T6 8:00 SA – 5:00 CH

Nếu quý vị có thắc mắc và cần giúp điền đơn này, xin liên lạc với cơ sở nói trên khi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc. Quý vị có thể xin giúp đỡ cho bất cứ lý do gì, bao gồm khuyết tật và trợ giúp về ngôn ngữ. Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết quyết định cuối cùng về tình trạng hợp lệ và quyền kháng cáo của quý vị, nếu thích hợp, trong vòng 14 ngày kể từ lúc nhận được đơn xin trợ giúp tài chính đã điền đầy đủ, bao gồm giấy tờ chứng minh về lợi tức. Khi nộp đơn xin trợ giúp tài chính, quý vị ưng thuận cho chúng tôi hỏi những câu hỏi cần thiết để xác nhận trách nhiệm và chi tiết về tài chính.

Chúng tôi muốn giúp quý vị. Xin nhanh chóng nộp đơn của quý vị! Quý vị có thể sẽ nhận được các hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được những chi tiết của quý vị.

UW Medicine

Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh – cần giữ kín

Xin điền đầy đủ tất cả mọi chi tiết. Nếu có phần nào không áp dụng cho trường hợp của quý vị, xin viết "NA." Kèm thêm giấy khác nếu cần.

CÁC CHI TIẾT CẦN THIẾT

Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:
Bệnh nhân có nộp đơn xin Medicaid không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có thể phải nộp đơn trước khi được xem xét cho hưởng trợ giúp tài chánh
Bệnh nhân có nhận các dịch vụ công cộng của tiểu bang ví dụ như TANF, Thực Phẩm Căn Bản, hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện giờ 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 xe hay bị thương trong lúc làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không chắc chắn là quý vị sẽ đủ điều kiện để được hưởng trợ giúp tài chánh, cho dù quý vị làm đơn xin.
- Khi quý vị nộp đơn, chúng tôi sẽ kiểm chứng tất cả các chi tiết và yêu cầu bổ túc thêm giấy tờ hoặc chứng từ về lợi tức.
- Trong vòng 14 ngày sau khi chúng tôi đã nhận được đơn điền đầy đủ của quý vị và mọi chứng từ, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết nếu quý vị đủ điều kiện hưởng trợ giúp.

CHI TIẾT VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI ĐƯNG ĐƠN

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 (vui lòng nêu rõ _____)	Số Hồ Sơ Y Tế (MRN)	Ngày Sinh của Bệnh Nhân
		Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (không bắt buộc)
Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn (Người Chịu Trách Nhiệm Trả Tiền)	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân Chịu Trách Nhiệm Trả Tiền	Ngày Sinh Của Ngày
		Số An Sinh Xã Hội của Người Chịu Trách Nhiệm Trả Tiền (không bắt buộc)
Địa Chỉ Gửi Thư	(Những) Số Điện Thoại Liên Lạc Chính () _____ () _____ Địa chỉ Email: _____	
Thành Phố	Tiểu Bang	Số Bưu Chính
Tình Trạng Việc Làm Của Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn <input type="checkbox"/> Đi làm (ngày bắt đầu đi làm: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (đã thất nghiệp bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Về hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)		

CHI TIẾT VỀ GIA ĐÌNH

Hãy liệt kê tất cả những thành viên trong hộ gia đình của quý vị, **kể cả quý vị**. "Gia đình" bao gồm những người có mối quan hệ theo huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận nuôi sống chung với nhau và được xác nhận là người phụ thuộc vào tờ khai thuế thu nhập liên bang mới nộp gần nhất của quý vị.

QUY MÔ GIA ĐÌNH _____

Kèm thêm giấy khác nếu cần

Tên	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	Nếu trên 18 tuổi: Tên các sở làm hoặc nguồn lợi tức	Nếu trên 18 tuổi: Tổng số lợi tức chưa khấu trừ hàng tháng (trước khi trừ thuế):	Có đang xin trợ giúp tài chánh không?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

Tất cả lợi tức của những người lớn trong gia đình đều phải cho biết. Những nguồn lợi tức bao gồm, thí dụ như:

- Tiền lương - Thất nghiệp - Tự làm chủ - Bồi thường tai nạn lao động - Khuyết tật - SSI - Cấp dưỡng cho con/vợ hoặc chồng
- Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Tiền từ tương mục hưu trí - Khác (vui lòng giải thích _____)

UW Medicine

Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính – cần giữ kín

CHI TIẾT VỀ LỢI TỨC

HÃY NHỚ: Quý vị phải kèm theo chứng từ về lợi tức với đơn xin của quý vị.

Quý vị phải cho biết những chi tiết về lợi tức của gia đình quý vị. Lợi tức phải được kiểm chứng để quyết định cho việc trợ giúp tài chính. **Tất cả những người trong gia đình trên 18 tuổi đều phải cho biết về lợi tức. Nếu quý vị không thể cung cấp chứng từ, thì quý vị có thể nộp bản khai có chữ ký có giải thích về thu nhập của quý vị. Cung cấp chứng từ của mỗi nguồn lợi tức đã khai.**

Những thí dụ về chứng từ lợi tức bao gồm:

- Giấy "W-2" có giữ lại tiền thuế; hoặc
- Cuống phiếu tiền lương hiện tại (3 tháng); hoặc
- Bản Sao Kế Ngân Hàng (3 tháng); hoặc
- Hồ sơ khai thuế lợi tức năm ngoái, kèm theo các bản liệt kê (schedules) nếu có; hoặc
- Các chứng từ bằng văn bản, có chữ ký từ người sử dụng lao động hoặc người khác (thư hỗ trợ) nêu rõ hoàn cảnh và tình hình tài chính hiện tại của quý vị nếu quý vị không có bằng chứng nào về thu nhập; hoặc
- Giấy chấp thuận hoặc từ chối hội đủ điều kiện cho Medicaid và/hoặc trợ cấp y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Giấy chấp thuận hoặc từ chối cho hưởng trợ cấp thất nghiệp; hoặc giấy xác nhận của người sử dụng lao động hoặc các cơ quan trợ cấp xã hội.

CHI TIẾT VỀ CHI TIÊU (Kèm thêm giấy để liệt kê những món nợ khác, nếu cần.)

Chúng tôi dùng những chi tiết này để hiểu rõ hơn về tình trạng tài chính của quý vị.

Chi Tiêu Hàng Tháng Của Gia Đình:

Tiền thuê nhà/Nợ trả góp mua nhà \$ _____

Chi Phí Y Tế \$ _____

Phí Bảo Hiểm \$ _____

Tiện ích \$ _____

Những Khoản Nợ/Chi Tiêu Khác \$ _____ (cấp dưỡng cho con, tiền vay mượn, thuốc men, khoản khác)

CHI TIẾT VỀ TÀI SẢN

Số tiền đang có trong trương mục chi phiếu

\$ _____

Số tiền đang có trong trương mục tiết kiệm

\$ _____

Gia đình quý vị thêm tài sản nào khác hay không?

Xin đánh dấu tất cả những câu thích hợp

- Cổ phần Trái phiếu 401K (Các) Trương Mục Tiết Kiệm Bảo Hiểm Sức Khỏe
 Nhà đất (không tính căn nhà chính đang ở) Làm chủ một doanh nghiệp

CÁC CHI TIẾT KHÁC

Xin kèm thêm giấy nếu còn các chi tiết khác về tình trạng tài chính hiện thời của quý vị mà quý vị muốn cho chúng tôi biết, thí dụ như sự khó khăn về tài chính, lợi tức làm việc theo mùa hoặc tạm thời, hay sự mất mát của cá nhân.

SỰ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng UW Medicine có thể kiểm chứng các chi tiết bằng cách xem những thông tin về tín dụng và thu thập chi tiết từ những nguồn khác để giúp trong việc quyết định tình trạng hợp lệ được hưởng trợ giúp tài chính hoặc các chương trình trả góp.

Tôi xác nhận rằng những điều khai ở trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu các chi tiết tôi cung cấp được xác định là không đúng sự thật, tôi sẽ bị từ khước trợ giúp tài chính, và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm và phải trả tiền cho những dịch vụ đã cung cấp.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày