

LEGACY
HEALTH

Hướng dẫn về đơn xin trợ giúp tài chính

Legacy Health muốn 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 điều trị miễn phí hoặc giảm giá dựa vào số người trong gia đình và mức lợi tức của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm sức khỏe. *Để biết thêm chi tiết, vui lòng vào trang mạng của chúng tôi tại www.legacyhealth.org, và ghi “financial assistance” (có nghĩa là “trợ giúp tài chính”) vào thanh tìm kiếm.*

Trợ giúp tài chính đòi tho cho những gì? Trợ giúp tài chính của bệnh viện đòi tho những dịch vụ thích hợp ở bệnh viện được cung cấp bởi Legacy Health tùy vào tình trạng hợp lệ của quý vị. Trợ giúp tài chính có thể không đòi tho cho tất cả mọi chi phí chăm sóc sức khỏe, kể cả những dịch vụ được cung cấp bởi những nơi khác. Trợ giúp tài chính này sẽ đòi tho cho lệ phí bác sĩ của Legacy Health và lệ phí xét nghiệm phòng thí nghiệm của Legacy Health.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp điền đơn này, vui lòng liên lạc với ban Dịch vụ hội viên: Dịch vụ hội viên về hóa đơn bệnh viện 503-413-4048 (điện thoại miễn phí 800-495-7076). Dịch vụ hội viên về hóa đơn bác sĩ 503-413-3900 (điện thoại miễn phí 877-295-8702). Dịch vụ hội viên về xét nghiệm phòng thí nghiệm 503-413-4420 (điện thoại miễn phí 800-233-3570). Quý vị có thể xin giúp cho bất cứ lý do gì, bao gồm khuyết tật và trợ giúp về ngôn ngữ.

Để cho đơn của quý vị được tiến hành, quý vị phải:

- Cho chúng tôi biết các chi tiết về gia đình của quý vị**
Điền vào số người trong gia đình (gia đình bao gồm những người có mối quan hệ với nhau bởi huyết thống, hôn nhân, hoặc con nuôi ở 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 và các khoản khấu trừ)**
- Cung cấp giấy tờ chứng minh cho lợi tức của gia đình và những tài sản đã khai**
- Kèm thêm thông tin khác nếu cần**
- Ký tên và đề ngày vào đơn**

Lưu ý: Quý vị không cần phải cho biết số An sinh Xã hội khi xin trợ giúp tài chính. Nếu quý vị cho chúng tôi biết số An sinh Xã hội thì điều đó sẽ giúp cho đơn của quý vị được giải quyết nhanh hơn. Số An sinh Xã hội dùng để kiểm chứng những chi tiết quý vị đã cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An sinh Xã hội, xin đánh dấu vào câu “không áp dụng” hoặc “NA”.

Gởi bưu điện hoặc fax đơn đã điền đầy đủ cùng với tất cả mọi chứng từ đến: Legacy Health PO Box 4037
Portland, OR 97208. Fax: 503-413-2753. Nhớ giữ lại cho quý vị một bản.

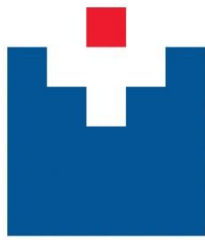
Muốn đích thân đến nộp đơn đã điền đầy đủ: Vui lòng đến văn phòng bất cứ cơ sở Legacy Health nào. Các bệnh viện có nhân viên cố vấn về trợ giúp tài chính sẵn sàng giúp đỡ quý vị theo hẹn.

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, cùng với giấy tờ chứng minh về lợi tức.

Khi nộp đơn xin trợ giúp tài chính, quý vị ửng thuận cho chúng tôi hỏi những điều cần thiết để xác nhận trách nhiệm và chi tiết về tài chính.

Chúng tôi muốn giúp quý vị. Quý vị hãy nộp đơn ngay!

Quý vị sẽ tiếp tục nhận được hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được giấy tờ của quý vị.



LEGACY

HEALTH Đơn xin trợ giúp tài chính

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? Có Không Nếu Có, xin cho biết ngôn ngữ gì:

Bệnh nhân đã xin Medicaid chưa? Có Không

Bệnh nhân có nhận trợ cấp xã hội của tiểu bang thí dụ như TANF, Thực Phẩm Căn Bản, hoặc WIC không? Có Không

Hiện thời bệnh nhân có phải là người vô gia cư không? Có Không

Sự điều trị mà bệnh nhân cần có liên quan đến tai nạn xe hay bị thương trong lúc làm việc không? Có Không

XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không chắc chắn là quý vị sẽ hợp lệ để được hưởng trợ giúp tài chính, cho dù quý vị làm đơn xin.
- Sau khi quý vị nộp đơn, chúng tôi sẽ kiểm chứng tất cả các chi tiết và có thể 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 hợp lệ hưởng trợ giúp.

CHI TIẾT VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI ĐỪNG ĐƠN

Tên gọi của bệnh nhân	Tên lót của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phái khác (cho biết rõ _____)	Ngày sinh	Số An sinh Xã hội của bệnh nhân (không bắt buộc*) <i>*không bắt buộc, nhưng cần thiết để được trợ giúp thêm ngoài những đòi hỏi theo luật tiểu bang quy định</i>
Người chịu trách nhiệm trả tiền cho hóa đơn	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh
		Số An sinh Xã hội (không bắt buộc*) <i>*không bắt buộc, nhưng cần thiết để được trợ giúp thêm ngoài những đòi hỏi theo luật tiểu bang quy định</i>
Địa chỉ gửi thư	(Những) số điện thoại chính để liên lạc () _____ () _____	
Thành phố	Tiểu bang	Số bưu chính
Địa chỉ Email: _____		

Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm trả tiền hóa đơn
 Đi làm (ngày được nhận làm việc: _____) Thất nghiệp (đã thất nghiệp bao lâu): _____
 Tự làm chủ Đi học Khuyết tật Về hưu Tình trạng khác (_____)

CHI TIẾT VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả những người trong gia đình, kể cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có mối quan hệ với nhau bởi huyết thống, hôn nhân, hoặc con nuôi ở chung với nhau.

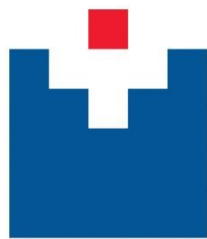
SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH _____

Kèm thêm giấy khác nếu cần

Tên	Ngày sinh	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 chính 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 - Tiền thất nghiệp - Tự làm chủ - Bồi thường tai nạn lao động - Khuyết tật - SSI
- Cấp dưỡng con/cấp dưỡng vợ chồng - Chương trình vừa học vừa làm (đi học) - Hưu bổng - Tiền lấy trong trương mục hưu trí - Nguồn khác (xin giải thích) _____



LEGACY

HEALTH Đơn xin trợ giúp tài chính

CHI TIẾT VỀ LỢI TỨC

NÊN 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 xác 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 có chứng từ, quý vị có thể nộp giấy có chữ ký để giải thích về lợi tức 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 chi phiếu hiện thời (3 tháng); hoặc
- Hồ sơ khai thuế lợi tức năm ngoài, kèm theo các bản liệt kê (schedules) nếu có; hoặc
- Giấy xác nhận, có chữ ký của sở làm hoặc người khác; hoặc
- Giấy chấp thuận/từ khước tình trạng hợp lệ hưởng Medicaid và/hoặc trợ cấp y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Giấy chấp thuận/từ khước tình trạng hợp lệ hưởng tiền thất nghiệp.

Nếu quý vị không có chứng từ về lợi tức hoặc không có lợi tức, xin kèm theo giấy giải thích.

CHI TIẾT VỀ CHI TIÊU

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 mượn nhà/nợ trả góp mua nhà	\$ _____	Chi tiêu về y tế	\$ _____
Tiền đóng bảo hiểm	\$ _____	Tiền ích	\$ _____
Những khoản nợ/Chi tiêu khác	\$ _____	(cấp dưỡng 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 có thêm tài sản nào khác hay không?

Xin đánh dấu tất cả những câu thích hợp

- Cổ phần Công khổ phiếu 401K Trương mục tiết kiệm dành cho bảo hiểm sức khỏe Tín quỹ
 Nhà đất (không tính căn nhà chính đang ở) Làm chủ cơ sở kinh doanh

CÁC CHI TIẾT KHÁC

Xin kèm thêm giấy nếu còn các chi tiết khác về tình trạng tài chính hiện thời mà quý vị muốn cho chúng tôi biết, thí dụ như sự khó khăn về tài chính, chi phí quá nhiều về y khoa, 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 Legacy Health có thể kiểm chứng các chi tiết bằng cách xem xét những thông tin về tín dụng và thu thập chi tiết từ những nguồn khác để giúp trong việc xác 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 tài chính tôi cung cấp được xác định là không đúng sự thật, tôi có thể bị từ khước trợ giúp tài chính, và tôi có thể phải chịu trách nhiệm và phải trả tiền cho những dịch vụ đã cung cấp.

Chữ ký của người nộp đơn _____

Ngày _____