Dartmouth Health

NH Health Access NETWORK
financial help – for your health

เรียน ผู้สมัครี

หากการีชำ ำาระค่าใช้จ่า ่ายด้านการีรักษาพยาบาลก่อให เ กิดภาระหนักทางการีเงินแก่คุณ โปรดักรอกใบสมัครีน ี

ใบสมัครีนีจ่ะใช้เ พ่ อพิจ่ารีณาประกอบการีตัดสินใจ่ของเราในการีลดค่าใช้จ่ ่ายสำาหรับการีบริการีต่าง ๆ ที่คุณได้ รับจ่ากสถานพยาบาล Dartmouth Health ได้ ๆ โปรดตอบคำาถามทุกข อ ที่เกี่ยวของกับคุณหรือครอบครัวของคุณ ข อมูลใด ๆ ที่คุณให้ จะถือเป็นความลับ และมีเพียงพนักงานที่ดำาเนินการี ประมวลใบสมัครีของคุณเท่าน นที่จะเข า ถึงได้

หากคุณมีประกันสุขภาพ คุณยังอาจมีสิทธิ์ได้รี ับความชำ่วยเหล่อทางการีเงินจ่ากผู้ใ ข อริการีทางการีแพทย์ที่เข า ร่วมใน NH Health Access Network ของเราด้วย NH Health Access Network เป นเครือข่ายของโรงพยาบาลและผู้ใ หการีดูแลสุขภาพอ น ๆ ที่ร่วมมือกันเพ่ อชำ่วยเหล่อผู้พ ำานักอยู่ในรัฐนิวแฮมป์ เชำ่ยรีท้ งเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งไม่ได้รี ับการีคุม ครองจ่ากประกันสุขภาพที่เหมาะสม ให สามารีถเขา ถึงบริการีด้านการีดูแลด้านสุขภาพที่ดีข น

ก่อนที่จะได้รี ับความชำ่วยเหล่อทางการีเงินได้ ๆ คุณต้องหาทางชำ ำาระเงินจ่ากแหล่งอ่ น ๆ ท้ งหมดก่อน รวมถึงประกันสุขภาพ ความชำ่วยเหล่อจ่ากรัฐการี ฟ้องร้อง หรือการีรับผู้ดูแลของบุคคลภายนอก โปรดใช้ความรี ระมัดระวังในการีตรวจสอบด้านล่าง เพ่ อให แ น่ใจว่าคุณได้ให ข อมูลอย่างครบถ้วน

		จ่าเป็น	ไม่มี
1.	สำาเนาที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการีชำ ำาระภาษีรายได้รี ัฐบาลกลางล่าสุด และการีนัดหมายต่าง ๆ	◯	◯
2.	สำาเนาแบบฟอร์ม W-2 ล่าสุดท้ งหมด	◯	◯
3.	สำาเนาต้น ข้ อเช็คค่าจ่างสาม (3) ครั้งล่าสุด หรือเอกสารีรับรองจ่ากนายจ่าง	◯	◯
4.	สำาเนาใบแจ่งยอดบัญชำีธินาคารีสาม (3) เดือนล่าสุด (เช่ำน บัญชำีออมทรัพย์ บัญชำีกระแสรายวัน กองทุนในตลาดเงิน, IRA, 401K เป็ นต้น)	◯	◯
5.	สำาเนาเอกสารีเงินชำดเช่ายกรณีการีงานและการีทุพพลภาพ	◯	◯
6.	สำาเนาเอกสารีเงินสวัสดิการีจ่ากประกันสังคมและ/หรือเงินบำานาญ	◯	◯
7.	สำาเนาเอกสารีการีได้รี ับแสตมป์ อาหารี	◯	◯
8.	สำาเนาเอกสารีแหล่งเงินปันผล กองทุนทรัสต์ และใบกำากับภาษีโรงเรือนและที่ดิน	◯	◯
9.	สำาเนาใบแจ่งการีให้ความชำ่วยเหล่อจ่ากรัฐ		
	- ใบแจ่ง จ่ากกระทรวงสุขภาพและบริการีมนุษย์ (ทุกหน่า)	◯	◯
	- จดหมายการีได้รี ับสิทธิ์ความชำ่วยเหล่อจ่าก Medicaid เน่ องจ่ากใช้การี ายได้ส ่วนเกินจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล สำาเนา ใบแจ่งการีตอบปฏิเสธจ่าก Medicaid	◯	◯
	- ใบแจ่ง จ่ากแผนความชำ่วยเหล่อรีดั๊บพรีเมี่ยม และบริษัทประกันสุขภาพจ่ากตลาดประกันสุขภาพ	◯	◯

คุณจ่ะต้องรับผิดชำอบค่าใช้จ่ ่ายสำาหรับบริการีได้ ๆ ที่คุณได้ รับต่อไป จนกว่าเราจ่ะได้รี ับใบสมัครีที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนจ่ากคุณแล้ว หากคุณไม่ได้รี ับการีตอบกลับจ่ากเราภายใน 30 วันหลังจ่ากที่ส่งไปสมัครีไปแล้ว หรือคุณต้องการีความชำ่วยเหล่อเพ่ อกรอกใบสมัครี โปรดโทรีสอบถามเจ่าหน า ที่ให้คำ ำาปรึกษาชำ่วยเหล่อผู้ป่ วยของเราที่หมายเลข (844) 647-6436 เวลาทำาการีตั้งแต่ 9.00 น. -16.30 น. วันจันทรีถึงวันศุกรี

จะต้องส่งใบสมัครที่กรอกเสรีจเรียบร้อยแล้วไปยังที่อ ยู่ใดที่อ ยู่หนึ่ง ดาว นี้ล่าง

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
โทรีสาร : (603) 640-1913

New London Hospital
PO Box 2150
Attn: Financial Counselor
New London, NH 03257
โทรีสารี : (603) 643-7364

Cheshire Medical Center
580 Court Street
PFS: FAA
Keene, NH 03431
โทรีสารี : (603) 643-7363

Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH)
88 Prospect St.
White River Junction, VT 05001
โทรีสารี : (603) 640-1913

10 Alice Peck Day Drive
Memorial Hosptial
10 Alice Peck Day Drive
FAA
Lebanon, NH 03766
โทรีสารี : (603) 640-1913

คุณสามารีถรับความชำ่วยเหล่อเป็ นการีส่วนตัวเพื่อกรอกข้อมูลใบสมัคร ณ สถานีพยาบาลต่อไปนี้ ่

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
(603) 650-6222

Dartmouth-Hitchcock Clinics Manchester
100 Hitchcock Way
Manchester, NH 03104
(603) 629-8293

Cheshire Medical Center
580 Court Street
Keene, NH 03431
(603) 354-5430

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
(603) 526-5082

Dartmouth-Hitchcock Clinics Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
(603) 229-5080

Dartmouth-Hitchcock Clinics Nashua
2300 Southwood Drive
Nashua, NH 03063
(603) 577-4055

10 Alice Peck Day Drive
Memorial Hosptial
10 Alice Peck Day Drive
Lebanon, NH 03766
(603) 308-0007

Dartmouth Health

NH Health Access NETWORK
financial help – for your health

ใบส่มัครข้อความัช่วยเหลือทางการเงนี

1. ข้อมั่ลัผู้ป่ วย

นามัสกุล ชำ่ื่อ ชำ่ื่อกลาง หม้ายเลขปรัะกันสังคมั วันเด่อนปี เกิดั

บานเลขท่ี ถนน เม่ือง รั้ฐ รีหัสไปรัษณีย์ รัะยะเวลาท่ีอย่ั

ท่ีอย่ัสำาหรั้บส่งไปรัษณีย์ เม่ือง รั้ฐ รีหัสไปรัษณีย์

หม้ายเลขโทรัศัพท์ท่ีบาน หม้ายเลขโทรัศัพท์ท่ีทำางาน

โสด้
☐ แยกกันอย่ั
☐ พลเม่องสหรั้ฐ
☐

☐ แต่งงาน
☐ หย่ารัาง
☐ พำานักในรั้ฐนิวแฮมัเช่ำีย
รั้

ค่ำ่าวิต้
☐ หม้าย
☐

2. บุคคลท่ีรัับผิดช่อบในการช่ำาระบลั

นามัสกุล ชำ่ื่อ ชำ่ื่อกลาง หม้ายเลขปรัะกันสังคมั วันเด่อนปี เกิดั

ท่ีอย่ั หากแต้กต่างจากท่ีอย่ของผู้ป่ วย หม้ายเลขโทรัศัพท์ท่ีบาน หม้ายเลขโทรัศัพท์ท่ีทำางาน

ช่ำ่ื่อบรัิษัทปรัะกันสุขภาพ

วันท่ีเกิดัผู้ลบังั

คับใช่ำ

3. โปรัดระบุช่ื่อท่ีบุคคนีท่อย่ในีครัวเรือนี รัวมัถึงผู้ส่มัคร: ส่จำาเป็นุใหม่ขีย่นในกรัะด้าษเพิ่มัเต้มั

ชำ่ื่อ ใช่ำ่/ไม่ใช่ำ่	ความัสัมัพันธ์กับผู้ป่ วย	วันเด่อนปี เกิดั	หม้ายเลขปรัะกันสังคมั	เป็นผู้สมั้ครั
1 **ต้วเอง**				
2				
3				
4				
5				
6				

4. นี่เป็ นี่การส่มัครสำาหรับการบรัการในอนีาคต้หรัือท่ีผู้ ่านีม้า

☐อนาคตั ☐ท่ีผู้่านม้า วันท่ีให่บริัการ: _____

5. โปรัดกรัอกรัายละเอ่ยด หากบุคคลในีครัวเรือนี่ข้องคุณมั่ประกันี่ส่ขุภาพี่

ปรัะกันสุขภาพ (แผ่น/ช่ำ่ื่อ) _____ บัญช่ำีออมัทรั้พย์เพ่่อสุขภาพ (ทำาเครั่ื่องหม้ายวงกลมั้) มั่ ไม่มั่ ใครั่: _____ หม้ายเลขกรัมัธ์รัีรัมั์/หม้ายเลขปรัะจำาตั้ว _____ จำ่านวนค่าเสียหายส่วนแรัก: _____ Medicare ส่วน A _____ Medicare ส่วน B_____ ได่รั้บความัช่ำ่วยเหล่อเพ่่อจ่ายค่า Medicare ส่วน B _____ ใครั่: _____

6. มั่ใครัในีบ้านี่ข้องคุณส่มัครัข้อรัับความัช่วยเหลือจาก Medicaid หรัือไม่ั่ ☐มั่ ☐ไม่มั่ ใครั่: _____

ถาสมั้ครั แต้ถักปฏิเสธ์ โปรัดแนบสำาเนาการัต้อบปฏิเสธ์จาก Medicaid

7. คุณส่มัครัข้อรัับความัช่วยเหลือท่างการเงนี่ จากส่ถานีพี่ยาบาลอ่ื่นี่หรัือไม่ั่ ☐ สมั้ครั ☐ ไม่ได้สมั้ครั หากสมั้ครั ท่ีไหน: _____

8. มั่ใครัในีบ้านี่คุณต้งครัรภ์ หรัือไม่ั่ ☐มั่ ☐ไม่มั่

9. มั่ใครัในีครัวเรือนี่ข้องคุณรับราช่การท่หารหรัือไม่ั่ มั่ ไม่มั่ ใครั่: _____

10. คุณเพิ่ง ยื่นคำร้องขอค่าชดเชยสำหรับ พี่น้องงานนี้ หรือเรียกร้องค่าสินไหมสำหรับ อุบัติเหตุ นี่ยานี่พาหนะใช่ หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ วันที่: _____

11. มีใครในครอบครัวของคุณมีสิทธิ์ได้รับ ส่วนลดการจากประกันสังคมหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ใคร: _____

12. มีใครใส่ชื่อคุณว่าเป็น ผู้อยู่ในอุปการะสำหรับ ยื่นเสียภาษีรายได้ หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ใคร: _____

13. ข้อมูลที่รพียส์ินในครวเรือนนี่

	บุคคลที่ 1	บุคคลที่ 2	บุคคลที่ 3
ชำ่ือของสมาชำิกแต่ละคนในครัวเรือน:			
ชำ่ือนายจ่าง:			
รายไดรวมัตือเดอื นี่จาก:			
การีจ่างงาน:	$	$	$
ปรีะกอบธิ์ุรีกิจส่วนตั้ว:	$	$	$
บัญชำีการีลงทุน:	$	$	$
ค่าเชำ่าจ่ากอสังหาริมัทรัพย์:	$	$	$
กรีณีว่างงาน:	ตั้ังแต่ เดือน / วัน / ปี	ตั้ังแต่ วัน / เดือน / ปี	ตั้ังแต่ วัน / เดือน / ปี
การีเกษียณ: (สวัสดิ์การี ปรีะกันสังคม เงินบำานาญ เงินรายไดรีะจ่าปี)	$	$	$
ค่าเลี้ยงดั้/ค่าเลี้ยงดั้บุตรี:	$	$	$
ความัชำ่วยเหล่อจ่ากรี้ฐ แสตัมัป์ อาหารี	$	$	$
รายได้อื่น ๆ:	$	$	$
เงินิ ออมัและเงนิ่ลังทีุ่นี่:			
ยอดัเงินในบัญชำีกรีะแสรีายวัน:	$	$	$
ยอดัเงินในบัญชำีกรีะแสรีายวัน: (IRAs, 403B, 401K:)	$	$	$
รีะบุ: _____	$	$	$
เงินออมัและเงินลงทุนอ่ืน ๆ:	$	$	$
รีะบุ: _____			

14. ค่าใช้จ่ายในีครวเรือนนี่

การีจ่ายค่าเชำ่ารีายเดือน: $ _____ ยอดเงินกีู้ยืงเหลือ $ _____ ยอดเงินกีู้ยืงเหลือ $ _____

การีชำำระเงินกีู้ยืง

ค่าภาษีโรงเรือนและทีดิ่น ไม่รีวมัจ่านวนเงินทีจ่ายไปขางต้น: $ _____ มัลค่าบาน: $ _____

คุณมีทรัพย์สินเพ่ืออยู่อาศัยอ่ืนนอกจ่ากทีอยู่อาศัยหลักหรือไม่ มี ☐ ไม่มี

ถ้ามี มัลค่า $ _____ ยอดัเงินกัส ำาหรับทรัพย์สินเพ่ืออยู่อาศัย: $ _____

หากทรัพย์สินเพ่ืออยู่อาศัยอ่ืนถ่อเป็ นธิ์ุรีกิจ โปรีะบุทีอยู่: _____ การีชำำาระเงินกีู้รีายเดือน: $ _____

จ่ายใหก ับ: _____ เพ่ือ: _____

หักจ่าย Medicare ส่วน D จ่ากเงินสวัสดิ์การีปรีะกันสังคม: ใชำ่ ☐ ไม่ใชำ่ จ่านวน:$ _____

ค่าสาธิ์รีณ์ปโภค $ _____ ค่าปรีะกัน (รีถยนต์/ชำีวิต์/ทรัพย์สิน) $ _____ อ่ืน ๆ: $ _____

ค่าเลี้ยงดั้/ค่าเลี้ยงดั้บุตรี $ _____ เบี้ยปรีะกันสุขภาพ $ _____ อ่ืน ๆ: $ _____

ค่าดั้แลบุตรี $ _____ ค่ารีักษาพยาบาล $ _____ อ่ืน ๆ: $ _____

ค่าใช้จ่าย ในการีดำารีงชำีวิต์ (ค่าน่าม้ันรีถ ค่าอาหารี ค่าเส่ือผ้า) $ _____ ค่ายา $ _____ อ่ืน ๆ: $ _____

เม่ือลงนามัด้านล่าง ฉันอนุญ่าต์ให้มี การีขอรีายงานเครีดิต์ และ/หรือเอกสารีการีย่ืนภาษีของฉัน ฉันเขาใจว่าเอกสารีการีย่ืนภาษีจ่าเป็ นต่อการีด่าเนินการีเกี่ยวกับใบสมัครีนี่ และอาจม้ีการีขอข้อมัลเพิ่มเติ้มก่อนทีจ่ะม้ีการีต์ัดสินใจว่าฉันจ่ะได้รี ับสิทธิ์ในความัชำ่วยเหล่อหรือไม่ ในกรีณีทีฉันให้ข้อมัลไม่ครีบถ้วน หรือแสดงข้อมัลทีไม่ถ้กต้องเกี่ยวกับรีายได้หรือทรัพย์สินได้ ๆ ความัผิดกลงทีฉันจ่ะได้รี ับส่วนลดเพ่ือชำ่วยเหล่อด้านการีรักษาพยาบาลน้ัน จ่ะถ่อเป็ นโม้ฆะและไม่ม้ีผลู และกลับไปใชำ่าบ ัลเรียกเก็บค่าใชำ่จ่าย ่ายต้ามัวันทีเดิ้มทีได้ลงไว ้ ฉันอาจ่ต้องรับผิดชำอบค่า ธีรีรีมัเนียมได้ ๆ/ห้องหมัดต้ามักฎหม้ายในรีะหว่างการีปรีะมัวลขอ มัลน้ี

สมัชำิกในครัวเรือนทีเป็นผู้ใหญ่ทุกคนทีได้ลงนามัด้านล่าง อนุญ่าต์ให้ ขอข้อมัลทางการีแพทย์ การีเงิน และการีจ่างงานทีเกี่ยวของโด้ยตรีงกับการีดั้แลสุขภาพ หรือเกณฑ์ทีจ่ะได้รี ับความัชำ่วยเหล่อทางการีเงิน ข้อมัลน้ีอาจ่ม้อบให้แ ก่ ผู้ให้บริการีทางสุขภาพใด ๆ ทีสมัชำิกในครอบครัวเขา รับบริการีรักษาพยาบาล หรือขอรับความัชำ่วยเหล่อทางการีเงิน ข้อมัลทีได้รี ับท้องหมัดจ่ะ ถ่อเป็ นความัลับภายใต้บทบัญญัตี้ต้าง ๆ ต้ามักฎรีะเบียบของรัฐบาลกลางเกี่ยวกับ HIPAA การีทำาาห้ต้ดการีทางเล่อกอาจ่ไม่ได้รี ับการีพิจ่ารีณาให้ความัชำ่วยเหล่อ

ฉันยินยอมัทีจ่ะจ่ายค่นความัชำ่วยเหล่อทางการีเงินน้ีเต็มัจ่านวน หากฉันได้รี ับการีชำำาระค่าบริการีทางการีแพทย์ใด ๆ ก็ต้ามัทีรีวมัอยู่ใบสมัครีนี่จ่ากประกันสุขภาพ โครีงการีรัฐ เงินทีได้รี ับจ่ากการีฟ้องรอง หรือการีจ่ายเงินอ่ืนใด เป็ นต้น

หากฉันได้รี ับความัชำ่วยเหล่อทางการีเงิน ฉันต์กลงทีจ่ะแจ่งให้องค์กรีทีฉันสมัครีขอรับความัชำ่วยเหล่อถ่งการีเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทีอาจ่ม้ีผลต่อสิทธิ์ทีฉันจ่ะได้รี ับรีวมัถ่งการีเปลี่ยนแปลง ขนาดัครีอบครัว รีายได้ และความัคุมัครีองด้านประกันสุขภาพ ฉันเขาใจว่าหากสถานการีณ์ด้านการีแพทย์ของฉัน/ของเราเปลี่ยนไป ฉันจ่ะต้องสมัครีใหม่ในโครีงการีความัชำ่วยเหล่อจ่ากรี้ฐ และให้ หลักฐานการีสมัครี เพ่ือทีฉัน/เราจ่ะม้ีคุณสมับัติต้ามัโครีงการีดังกล่าว

ลายเซ็นผู้สมัครี _____ วันทีี _____

ลายเซ็นผู้สมัครีร่วมั _____ วันทีี _____