

Kính Gửi Quý Vị Nộp Đơn:

Nếu việc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể khiến quý vị gặp khó khăn về tài chính, xin vui lòng điền vào mẫu đơn này. Mẫu đơn này sẽ giúp chúng tôi xác định khả năng chúng tôi có thể giảm bớt những chi phí cho các dịch vụ được cung cấp tại Dartmouth- Hitchcock. Hãy trả lời tất cả các câu hỏi áp dụng cho quý vị hoặc gia đình quý vị. Bất cứ chi tiết nào quý vị cung cấp đều sẽ được giữ kín và chỉ được xem xét bởi các nhân viên xử lý đơn của quý vị.

Nếu quý vị có bảo hiểm thì quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện để xin trợ cấp tài chính với các nhà cung cấp khác có tham gia vào NH Health Network Access (Hệ Thống Truy Cập Y Tế NH). NH Health Access Network là một hệ thống các bệnh viện và những nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác hoạt động để cải thiện cơ hội có được dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và người lớn có bảo hiểm thấp hiện là cư dân của Tiểu Bang New Hampshire.

Trước khi bất cứ trợ cấp tài chính nào được chấp thuận, quý vị phải sử dụng hết các nguồn thanh toán khác như bảo hiểm, trợ cấp xã hội, kiện tụng, hoặc trách nhiệm của bên thứ ba. Vui lòng sử dụng danh sách kiểm tra dưới đây để chắc chắn rằng quý vị đã bao gồm tất cả các giấy tờ.

1. Một bản Giấy Khai Thuế Liên Bang đầy đủ và mới nhất của quý vị và tất cả giấy thuế phụ.
2. Tất cả các mẫu W-2 gần đây nhất.
3. Ba (3) cuống phiếu lương gần đây nhất hoặc giấy tờ của (các) sở làm
4. Ba (3) bản báo cáo hàng tháng mới nhất của ngân hàng (ví dụ, trương mục tiết kiệm, trương mục chi thu, quỹ thị trường tiền tệ, IRA, 401K, v.v...)
5. Thư thông báo trợ cấp thất nghiệp, bồi thường khuyết tật
6. Bản phúc lợi an sinh xã hội và/hoặc trợ cấp hưu trí
7. Thư cấp phát Food Stamp (Phiếu Thực Phẩm)
8. Giấy tờ nguồn lợi tức cổ phần, quỹ tín thác và thư báo cáo thuế bất động sản
9. Thư từ thông báo trợ cấp của chính phủ (kể cả Ban Y Tế và Nhân Sinh (Department of Health & Human Services)

Quý vị có thể được trực tiếp giúp điền đơn này nếu đến các địa điểm sau đây:

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| Dartmouth-Hitchcock<br>Medical Center<br>One Medical Center<br>Drive<br>Lebanon, NH 03756<br><br>(603) 650-8051 | Dartmouth-Hitchcock<br>Concord<br>253 Pleasant Street<br><br>Concord, NH 03301<br><br>(603) 229-5080 | Dartmouth-Hitchcock<br>Manchester<br>100 Hitchcock Way<br><br>Manchester, NH<br>03104<br>(603) 695-2692 | Dartmouth-Hitchcock<br>Nashua<br>2300 Southwood Drive<br><br>Nashua, NH 03063<br><br>(603) 577-4055 | Dartmouth-Hitchcock<br>Keene<br>580-590 Court Street<br><br>Keene, NH 03431<br>(603) 354-5454 số<br>chuyển tiếp: 4444 |
|---|--|---|---|---|

Quý vị sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm chi trả bất cứ dịch vụ nào cung cấp cho quý vị đến khi chúng tôi nhận được đơn quý vị đã điền đầy đủ. Nếu quý vị không nhận được thư thông báo từ chúng tôi trong 30 ngày sau khi nộp đơn, hoặc quý vị cần giúp đỡ điền đơn, xin vui lòng gọi cho Nhân Viên Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân của chúng tôi tại (844) 647-6436.

Giờ văn phòng mở cửa là 9:00 sáng - 4:30 chiều, Thứ Hai - Thứ Sáu.

Đơn đã hoàn tất xin gửi về địa chỉ dưới đây.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center  
 Attn: PFS - Level 3 - NSA  
 One Medical Center Drive  
 Lebanon, NH 03756-0001  
 Fax # (603) 650-6142

## Đơn Trợ Cấp Tài Chính

### 1. Lý Lịch Bệnh Nhân:

| Họ Tắt               | Tên                  | Tên Lót Viết                             | Số An Sinh Xã Hội                | Ngày Sinh  |
|----------------------|----------------------|--|----------------------------------|--|
| Địa Chỉ              | Thành Phố            | Tiểu Bang                                | Mã Zip                           | Thời gian cư ngụ tại địa chỉ                     |
| Địa Chỉ Thư Tín      | Thành Phố            | Tiểu Bang                                | Mã Zip                           |  |
| Số Điện Thoại Tư Gia | Số Điện Thoại Sở Làm | <input type="checkbox"/> Độc Thân        | <input type="checkbox"/> Kết hôn | <input type="checkbox"/> Hôn Nhân Cùng Giới Tính |
|                      |                      | <input type="checkbox"/> Ly Thân         | <input type="checkbox"/> Ly Hôn  | <input type="checkbox"/> Góa                     |
|                      |                      | <input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ |                                  | <input type="checkbox"/> Cư Dân NH               |

### 2. Người Chịu Trách Nhiệm Trả Tiền Y Phí

| Họ                             | Tên                  | Tên Lót Viết Tắt     | Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân | Số An Sinh Xã Hội |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|-------------------|
| Địa Chỉ nếu Khác với Bệnh Nhân | Số Điện Thoại Tư Gia | Số Điện Thoại Sở Làm |                           |                   |
| Tên Công Ty Bảo Hiểm           | Ngày Có Hiệu Lực     |                      |                           |                   |

### 3. \*\* Hãy khai TẤT CẢ những người đang sống trong gia đình, kể cả người nộp đơn: Dùng thêm giấy để điền nếu cần thiết

| TÊN | MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN | NGÀY SINH | SỐ AN SINH XÃ HỘI | Xin trợ cấp Có / Không |
|-----|---------------------------|-----------|-------------------|------------------------|
| 1   | <b>Chính Bản Thân</b>     |           |                   |                        |
| 2   |                           |           |                   |                        |
| 3   |                           |           |                   |                        |
| 4   |                           |           |                   |                        |
| 5   |                           |           |                   |                        |
| 6   |                           |           |                   |                        |

4. Đơn này nộp xin cho các dịch vụ trong tương lai hoặc quá khứ?  Tương Lai  Quá Khứ (Các) ngày của dịch vụ: \_\_\_\_\_

5. Xin điền vào nếu có người nào trong gia đình quý vị có bảo hiểm:

Bảo Hiểm Y Tế (Loại / Tên) \_\_\_\_\_, Trương Mục Tiết Kiệm Y Tế (khoanh tròn) – Có  Không  Ai: \_\_\_\_\_

Hợp Đồng #/ID# \_\_\_\_\_ Phần tiền khấu trừ: \_\_\_\_\_

Medicare Phần A \_\_\_\_\_, Medicare Phần B \_\_\_\_\_ Nhận trợ cấp để trả Medicare Phần B \_\_\_\_\_ Ai: \_\_\_\_\_

6. Có ai trong gia đình của quý vị nộp đơn xin Medicaid không?  Có  Không

Ai: \_\_\_\_\_ Nếu Có và bị từ chối xin cung cấp bản sao thư báo cáo từ chối của Medicaid.

7. Quý vị đã có nộp đơn xin trợ cấp tài chính tại cơ quan khác không?  Có  Không Nếu có, ở đâu: \_\_\_\_\_

8. Có ai trong gia đình của quý vị mang thai không?  Có  Không

9. Có ai trong gia đình của quý vị phục vụ trong quân đội không?  Có  Không Ai: \_\_\_\_\_

10. Mới đây quý vị có khai báo xin bồi thường công nhân hoặc tai nạn xe hơi không?  Có  Không Ngày: \_\_\_\_\_

11. Có ai trong gia đình quý vị đủ điều kiện hưởng phúc lợi An Sinh Xã Hội không?  Có  Không Ai: \_\_\_\_\_

12. Có người nào khác khai quý vị trong giấy khai thuế lợi tức của họ không?  Có  Không Ai: \_\_\_\_\_

| 13. LỊCH GIA ĐÌNH | NGƯỜI THỨ 1 | NGƯỜI THỨ 2 | NGƯỜI THỨ 3 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|
|-------------------|-------------|-------------|-------------|

\* TÊN của mỗi thành viên trong gia đình: \_\_\_\_\_

Tên của sở làm: \_\_\_\_\_

**Tổng Số Lợi Tức Hàng Tháng Từ**

|   |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|
| Việc Làm:                                 | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Tự Làm Chủ:                               | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Trương Mục Đầu Tư:                        | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Bất Động Sản Cho Thuê:                    | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Thất Nghiệp: (từ lúc ( ___ / ___ / ___ )) | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Hưu Trí:                                  | \$ _____ |          |          |
| (An Sinh Xã Hội, Lương hưu, Niên Kim)     |          |          |          |
| Tiền Cấp Dưỡng/Trợ Cấp Con Cái:           | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Trợ Cấp Xã Hội, Phiếu Thực Phẩm:          | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Lợi Tức Khác:                             | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

**Tiết kiệm và Đầu tư:**

|                              |          |          |          |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| Số Dư của Trương Mục Chi Thu | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Tiết Kiệm & Trương Mục CD    | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| IRAs, 403B, 401K:            |          |          |          |
| Ghi rõ loại: _____           | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Tiết kiệm và đầu tư khác:    |          |          |          |
| Ghi rõ loại: _____           | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

**Loại Khác:**

|             |                  |       |       |
|-------------|------------------|-------|-------|
| Xe Hơi:     | Năm, Hãng, Kiểu? | _____ | _____ |
| Xe Du Lịch: | Năm, Hãng, Kiểu? | _____ | _____ |

| 14. CHI PHÍ GIA ĐÌNH |
|----------------------|
|----------------------|

Tiền Thuê Nhà Hàng Tháng: \$ \_\_\_\_\_ hoặc Tiền Trả Thế Chấp Hàng Tháng: \$ \_\_\_\_\_ Tiền Thế Chấp Còn Nợ: \$ \_\_\_\_\_

Tiền Thuế Bất Động Sản Không Kèm Trong Số Tiền Trả Hàng Tháng Bên Trên: \$ \_\_\_\_\_ Giá trị Căn Nhà: \$ \_\_\_\_\_

Quý Vị Có Sở Hữu Tài Sản Khác Ngoài Căn Nhà Cư Ngụ Không?  Có  Không Nếu Có, Giá trị \$ \_\_\_\_\_ Tiền Thế Chấp Còn Nợ: \$ \_\_\_\_\_

Nếu tài sản khác là một doanh nghiệp, khai địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tiền Nợ Trả Hàng Tháng: \$ \_\_\_\_\_ Trả cho: \_\_\_\_\_ Cho: \_\_\_\_\_

Medicare Phần D được trừ đi từ chi phiếu An Sinh Xã Hội:  Có  Không Số tiền: \$ \_\_\_\_\_

Tiện ích \$ \_\_\_\_\_ Bảo hiểm (Xe Hơi / Nhân Thọ / Tài Sản) \$ \_\_\_\_\_ Thứ khác: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Tiền Cấp Dưỡng / Trợ Cấp Con Cái \$ \_\_\_\_\_ Tiền Đóng Bảo Hiểm Sức Khỏe \$ \_\_\_\_\_ Thứ khác: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Tiền Gửi Con \$ \_\_\_\_\_ Tiền Trả Y Phí \$ \_\_\_\_\_ Thứ khác: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Phí sinh hoạt (xăng, thực phẩm, quần áo) \$ \_\_\_\_\_ Thuốc Men \$ \_\_\_\_\_ Thứ khác: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

| 15. CHUYÊN NHƯỢNG QUYỀN <span style="float: right;"><i>Xin Đọc Kỹ</i></span> |
|--|
|--|

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cho phép cơ quan yêu cầu xin bản báo cáo tín dụng và / hoặc giấy khai thuế của tôi. Tôi hiểu rằng giấy khai thuế cần thiết để xúc tiến đơn xin này và có thể sẽ còn thêm giấy tờ khác sẽ được yêu cầu trước khi có thể xác định được việc hội đủ điều kiện của tôi. Trong trường hợp mà tôi đã không tiết lộ đầy đủ, hoặc đã không trình bày chính xác, bất cứ lợi tức hoặc tài sản nào, thì việc thỏa thuận để cung cấp một sự chăm sóc nhân đạo cho tôi với giá thấp sẽ không có hiệu lực và không có giá trị và sẽ được hồi tố lại từ ngày hóa đơn nợ được tính. Tôi có thể phải chịu trách nhiệm chi trả cho bất kỳ / tất cả các chi phí pháp lý trong quá trình thu hồi nợ.

Tất cả các thành viên trưởng thành trong gia đình ký tên dưới đây cho phép tiết lộ bất cứ hồ sơ y tế, tài chính hoặc việc làm có liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc sức khỏe của họ hoặc đến vấn đề hội đủ điều kiện trợ cấp tài chính cho họ. Hồ sơ này có thể được tiết lộ cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà các thành viên trong gia đình đã nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc trợ cấp tài chính. Tất cả các hồ sơ cá nhân được cung cấp sẽ được giữ kín theo các điều khoản quy định của luật HIPAA liên bang. Các thủ thuật theo lựa chọn có thể không được cân nhắc cho hưởng trợ cấp.

Tôi đồng ý rằng tôi sẽ hoàn trả tất cả số tiền trợ cấp tài chính nếu tôi nhận được bất cứ tiền chi trả nào cho các dịch vụ y khoa được trợ cấp bởi đơn xin này, ví dụ tiền trả từ công ty bảo hiểm, tiền trả từ chương trình chính phủ, tiền thắng kiện hoặc bất cứ khoản tiền được trả nào khác.

Nếu tôi nhận được Trợ Cấp Tài Chính, tôi đồng ý sẽ báo cho cơ quan nơi tôi nộp đơn lần đầu tiên về bất cứ thay đổi gì có thể ảnh hưởng đến việc hội đủ điều kiện, kể cả những thay đổi về số người trong gia đình, lợi tức và bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng nếu tình trạng sức khỏe của tôi/của chúng tôi thay đổi khiến tôi/chúng tôi có thể hội đủ điều kiện cho một chương trình trợ cấp xã hội, tôi sẽ cần phải nộp đơn xin cho chương trình đó và cung cấp bằng chứng về đơn xin.

|                       |      |                            |      |
|-----------------------|------|----------------------------|------|
| Chữ Ký Người Đứng Tên | Ngày | Chữ Ký Người Cùng Đứng Tên | Ngày |
|-----------------------|------|----------------------------|------|