

Thân Gửi Quý Dương Đơn:

Nếu việc thanh toán các khoản chi phí chăm sóc sức khỏe có thể gây khó khăn về tài chính cho quý vị, vui lòng điền đơn xin này. Đơn xin này sẽ giúp chúng tôi xác định chúng tôi có thể giảm chi phí cho các dịch vụ cung cấp tại bất kỳ địa điểm nào của Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center hoặc Alice Peck Day Memorial Hospital hay không. Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi áp dụng cho quý vị hoặc hộ gia đình quý vị. Bất kỳ thông tin nào mà quý vị cung cấp đều được bảo mật và sẽ chỉ được nhân viên giải quyết đơn xin của quý vị xem xét.

Nếu có bảo hiểm, quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được hưởng trợ giúp y phí với các nhà cung cấp dịch vụ khác có tham gia chương trình này của NH Health Access Network. NH Health Access Network là một mạng lưới các bệnh viện và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác, cố gắng nâng cao chất lượng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các trẻ em và người lớn không có bảo hiểm đầy đủ, hiện đang cư ngụ tại Tiểu Bang New Hampshire.

Trước khi được hưởng trợ giúp y phí, quý vị hiện đã phải sử dụng hết tất cả các nguồn chi trả khác, bao gồm bảo hiểm, trợ cấp chính phủ, viện tụng, hoặc trách nhiệm chi trả của bên thứ ba. Vui lòng sử dụng danh sách đánh dấu ở phía dưới bảo đảm quý vị đã có tất cả các thông tin.

	Bất Buộc	Không Áp Dụng
1. Một bản sao đầy đủ của bản Khai Thuế Thu Nhập Liên Bang gần đây nhất của quý vị cùng với tất cả các bản phụ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bản sao tất cả các tờ W-2 gần đây nhất.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bản sao ba (3) cuốn ngân phiếu lương gần đây nhất hoặc giấy xác nhận của (các) hãng sở	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bản sao ba (3) tờ quyết toán ngân hàng gần đây nhất (chẳng hạn như trương mục tiết kiệm, trương mục chi phiếu, quỹ đầu tư Thị Trường tiền tệ, IRA, 401K, v.v...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bản sao tờ kết toán trợ cấp thất nghiệp, và trợ cấp bồi thường tàn tật	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bản sao trợ cấp an sinh xã hội và/hoặc trợ cấp hưu trí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bản sao trợ cấp phiếu thực phẩm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bản sao các nguồn cổ tức, ngân khoản trong quỹ tín thác và các bản kê khai thuế bất động sản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bản sao các thông báo nhận trợ cấp chính phủ;		
Các Thông Báo của Sở Y Tế và Nhân Vụ (tất cả các trang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Các Thư Thông Báo của Medicaid về Chi Trả Bớt Tài Sản, Bản Sao các Thông Báo Từ Chối của Medicaid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thông báo từ (các) Chương Trình Trợ Cấp Lệ Phí Bảo Hiểm và (các) Bảo Hiểm qua thị trường bảo hiểm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quý vị có thể được trợ giúp điền đơn xin này tại các địa điểm sau đây:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 Địa phương: (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth- Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 Địa phương: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
--	--	---	---	--	---

Quý vị sẽ tiếp tục phải chi trả cho bất kỳ dịch vụ nào mà quý vị nhận được cho đến khi chương trình nhận được đơn xin đã điền của quý vị. Nếu quý vị không nhận được hồi âm của chúng tôi trong vòng 30 ngày sau khi nộp đơn xin, hoặc quý vị cần giúp điền đơn xin, vui lòng gọi một trong các văn phòng Bệnh Vực Quyền Lợi Bệnh Nhân của chúng tôi tại số (844) 647-6436.

Giờ làm việc của văn phòng là 9:00 a.m. – 4:30 p.m., thứ Hai - thứ Sáu.

Cần gửi lại đơn xin đã điền tới một trong các địa chỉ dưới đây.

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Dr. PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03766
FAX: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
580-590 Court St. PFS: FAA
Keene, NH 04431
FAX: (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive FAA
Lebanon, NH 03756
FAX: (603) 650-6142

Đơn Xin Trợ Giúp Y Phí

Alice Peck Day Memorial Hospital
Attn: FAA
10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

1. Thông Tin về Bệnh Nhân:

Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Có Tên Đường Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Số Zip code	Cư trú tại địa chỉ này đã bao lâu
Địa Chỉ Bưu Tín	Thành Phố	Tiểu Bang	Số Zip code	
Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Sở Làm	<input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Công Dân Hoa Kỳ	<input type="checkbox"/> Đã Lập Gia Đình <input type="checkbox"/> Ly Hôn	<input type="checkbox"/> Kết hôn đồng giới <input type="checkbox"/> Góa Bụa <input type="checkbox"/> Cư Dân NH

2. Người Có Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn

Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Số An Sinh Xã Hội
Địa Chỉ nếu Khác Với Địa Chỉ của Bệnh Nhân			Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Sở Làm
Tên của Hãng Bảo Hiểm				Ngày Bắt Đầu Có Hiệu Lực:

3. **Vui lòng cho biết TẤT CẢ những người sống trong hộ gia đình, kể cả đương đơn: Sử dụng thêm tờ giấy khác nếu cần

TÊN	QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY THÁNG NĂM SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐANG XIN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	Có/Không
1	Bản thân				
2					
3					
4					
5					
6					

4. Đơn xin này dành cho các dịch vụ trong tương lai hay các dịch vụ trước đây? Tương lai Trước đây
(Các) Ngày Nhận Dịch Vụ: _____

5. Vui lòng điền nếu gia đình quý vị có bất kỳ ai có bảo hiểm:

Bảo Hiểm Sức Khỏe (Chương Trình/Tên) _____, Trương mục tiết kiệm để trả chi phí chăm sóc sức khỏe (khoanh tròn) –

Có Không

Ai: _____

Hợp đồng bảo hiểm số/ ID số _____

Số Tiền Khấu Trừ: _____

Medicare Phần A _____, Medicare Phần B _____ Được nhận trợ cấp để chi trả Medicare Phần B _____ Ai: _____

6. Trong gia đình quý vị có ai nộp đơn xin Medicare không? Có Không

Ai: _____ Nếu Có nhưng bị từ chối, vui lòng cung cấp bản sao thông báo quyết định từ chối của Medicaid.

7. Quý vị có nộp đơn xin trợ giúp y phí tại cơ sở khác không? Có Không Nếu có, ở đâu: _____

8. Trong gia đình quý vị có ai đang mang thai không? Có Không

9. Trong gia đình quý vị có ai đang tại ngũ không? Có Không Ai: _____

10. Gần đây quý vị có nộp đơn yêu cầu bồi thường tai nạn lao động hoặc tai nạn xe cơ giới không?

Có Không Ngày: _____

11. Trong gia đình quý vị có ai hội đủ điều kiện nhận trợ cấp an sinh xã hội không? Có Không Ai: _____

12. Có ai ghi quý vị là người phụ thuộc trong bản khai thuế của họ không? Có Không Ai: _____

13. THÔNG TIN VỀ HỘ GIA ĐÌNH	NGƯỜI 1	NGƯỜI 2	NGƯỜI 3
------------------------------	---------	---------	---------

*TÊN của mỗi thành viên gia đình: _____

Tên hãng sở: _____

Thu Nhập Hàng Tháng Trước Thuế:

Việc làm:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tự Kinh Doanh:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Các Khoản Đầu Tư:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Cho thuê Bất Động Sản:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Trợ Cấp Thất Nghiệp: (kể từ (___ / ___ / ___))	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Hưu Trí:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(An Sinh Xã Hội Trợ Cấp Hưu Trí, Tiền Niên Kim)			
Tiền Cấp Dưỡng cho Vợ (Chồng) Đã Ly Dị/Tiền Chu Cấp Nuôi Con:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Trợ Cấp Chính Phủ, Phiếu Thực Phẩm:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Thu Nhập Khác:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Các Khoản Tiết Kiệm và Đầu Tư:			
Số Dư Hiện Có trong Trương Mục Chi Phiếu	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Số Dư Hiện Có trong Mục Tiết Kiệm và CD IRA, 403B, 401K:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ghi rõ: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Các khoản tiết kiệm và đầu tư khác:			
Ghi rõ: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Khác:

Xe cộ: Năm sản xuất, Hiệu, Kiểu xe? _____

Xe du lịch kiểu giải trí: Năm sản xuất, Hiệu, Kiểu xe? _____

14. CHI PHÍ CỦA GIA ĐÌNH

Tiền Thuê Nhà Trả Hàng Tháng: \$ _____ hoặc Tiền Trả Nợ Vay thế Chấp Mua Nhà: \$ _____

Số Tiền Còn Lại của Khoản Vay Thế Chấp Mua Nhà \$ _____

Số Tiền Thuế Bất Động Sản Không Bao Gồm Trong Số Tiền Chi Trả Ở Trên: \$ _____ Giá Trị Của Căn Nhà: \$ _____

Quý Vị Có Sở Hữu Bất Động Sản Khác Ngoài Nơi Cư Ngụ Cố Định Không? Có Không Nếu Có, Giá Trị \$ _____

Số Tiền Vay Thế Chấp Mua Nhà Chưa Trả: \$ _____

Nếu bất động sản khác là cơ sở kinh doanh, ghi địa chỉ: _____

Số Tiền Trả Nợ Vay Hàng Tháng: \$ _____ Trả cho: _____ Lý Do: _____

Medicare Phần D được khấu trừ vào Ngân Phiếu trợ cấp An Sinh Xã Hội: Có Không Số Tiền: \$ _____

Dịch Vụ Điện Nước	\$ _____	Bảo Hiểm (Xe/Nhân Thọ/Bất Động Sản)	\$ _____	Khác: _____	\$ _____
Tiền Chu Cấp Cho Vợ/Chồng Đã Ly Hôn/ Tiền Chu Cấp Nuôi Con	\$ _____	Lệ Phí Bảo Hiểm Sức Khỏe	\$ _____	Khác: _____	\$ _____
Giữ Trẻ	\$ _____	Hóa Đơn Y Tế	\$ _____	Khác: _____	\$ _____
Sinh Hoạt (khí đốt, thực phẩm, quần áo)	\$ _____	Thuốc Men	\$ _____	Khác: _____	\$ _____

15. CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN Vui Lòng Đọc Kỹ

Khi ký tên ở dưới, tôi cho phép gửi yêu cầu cung cấp báo cáo tín dụng và/hoặc bản khai thuế của tôi. Tôi hiểu rằng cần phải có bản khai thuế để giải quyết đơn xin này và có thể yêu cầu cung cấp thêm thông tin thì mới xác định được tình trạng hội đủ điều kiện của tôi. Trong trường hợp tôi không tiết lộ đầy đủ thông tin, hoặc không khai chính xác bất kỳ nguồn thu nhập hoặc tài sản nào, bất kỳ sự thỏa thuận nào để tôi được giảm giá theo diện chăm sóc thiện nguyện sẽ trở nên vô giá trị và không có hiệu lực và sẽ được áp dụng ngược trở về ngày lập các hóa đơn đó. Tôi có thể có trách nhiệm phải trả bất kỳ/tất cả các khoản lệ phí pháp lý trong quá trình truy thu nợ.

Tất cả các thành viên gia đình là người lớn thành niên ký tên dưới đây cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế, tài chính hoặc việc làm nào liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc sức khỏe của họ hoặc tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ giúp y phí của họ. Thông tin này có thể được tiết lộ cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà qua đó các thành viên gia đình có được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc trợ giúp y phí. Tất cả các thông tin cung cấp sẽ được bảo mật theo các điều khoản qui định của qui chế liên bang HIPAA. Các thủ thuật y khoa tùy chọn có thể không được xem xét cho hưởng trợ giúp y phí.

Tôi đồng ý rằng tôi sẽ hoàn trả lại toàn bộ số tiền trợ giúp y phí đã nhận nếu tôi nhận được bất kỳ hình thức chi trả nào cho các dịch vụ y tế ghi trong đơn xin này, chẳng hạn như các khoản tiền trả bảo hiểm, các khoản tiền trả của chương trình chính phủ, tiền thắng kiện hoặc bất kỳ khoản chi trả nào khác. Nếu được nhận Trợ Giúp Y Phí, tôi đồng ý cho tổ chức nơi tôi lần đầu tiên nộp đơn xin biết về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện, trong đó bao gồm cả các thay đổi về số người trong gia đình, thu nhập và bảo hiểm. Tôi hiểu rằng nếu tình hình sức khỏe của tôi/chúng tôi thay đổi nên tôi/chúng tôi có thể hội đủ điều kiện được tham gia một chương trình trợ cấp chính phủ, tôi sẽ cần phải nộp đơn xin tham gia chương trình đó và cung cấp bằng chứng về việc đã nộp đơn xin.

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

Chữ ký của người cùng nộp đơn

Ngày