

เรียน ผู้สมัคร

หากการชำระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดภาระหนักทางการเงินแก่คุณ โปรดกรอกใบสมัครนี้

ใบสมัครนี้จะใช้เพื่อพิจารณาประกอบการตัดสินใจของเราในการลดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการต่าง ๆ ที่คุณได้รับจากสถานพยาบาล Dartmouth Health ใด ๆ โปรดตอบคำถามทุกข้อที่เกี่ยวข้องกับคุณหรือครอบครัวของคุณ ข้อมูลใด ๆ ที่คุณให้ไว้จะถือเป็นความลับ และมีเพียงพนักงานที่ดำเนินการประมวลใบสมัครของคุณเท่านั้นที่จะเข้าดูได้

หากคุณมีประกันสุขภาพ คุณยังอาจมีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่เข้าร่วมใน NH Health Access Network ของเรากับ NH Health Access Network เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลและผู้ให้การดูแลสุขภาพอื่น ๆ ที่ร่วมมือกันเพื่อช่วยเหลือผู้พำนักอยู่ในรัฐนิวแฮมป์เชียร์ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ซึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสุขภาพที่เหมาะสม ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

ก่อนที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงินใด ๆ คุณต้องหาทางชำระเงินจากแหล่งอื่น ๆ ทั้งหมดก่อน รวมถึงประกันสุขภาพ ความช่วยเหลือจากรัฐ การฟ้องร้อง หรือการรับผิดชอบของบุคคลภายนอก โปรดใช้รายการตรวจสอบด้านล่าง เพื่อให้แน่ใจว่าคุณได้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

	จำเป็น	ไม่มี
1. สำเนาที่ครบถ้วนเกี่ยวกับการชำระภาษีรายได้รัฐบาลกลางล่าสุด และการนัดหมายต่าง ๆ	☐	☐
2. สำเนาแบบฟอร์ม W-2 ล่าสุดทั้งหมด	☐	☐
3. สำเนาต้นขั้วเช็คค่าจ้างสาม (3) ครั้งล่าสุด หรือเอกสารรับรองจากนายจ้าง	☐	☐
4. สำเนาใบแจ้งยอดบัญชีธนาคารสาม (3) เดือนล่าสุด (เช่น บัญชีออมทรัพย์ บัญชีกระแสรายวัน กองทุนในตลาดเงิน, IRA, 401K เป็นต้น)	☐	☐
5. สำเนาเอกสารเงินชดเชยกรณีการงานและการทุพพลภาพ	☐	☐
6. สำเนาเอกสารเงินสวัสดิการจากประกันสังคมและ/หรือเงินบำนาญ	☐	☐
7. สำเนาเอกสารการได้รับสแตมป์อาหาร	☐	☐
8. สำเนาเอกสารแหล่งเงินปันผล กองทุนทรัสต์ และใบกำกับภาษีโรงเรือนและที่ดิน	☐	☐
9. สำเนาใบแจ้งการให้ความช่วยเหลือจากรัฐ		
- ใบแจ้งจากกระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์ (ทุกหน้า)	☐	☐
- จดหมายการได้รับสิทธิ์ความช่วยเหลือจาก Medicaid เนื่องจากใช้รายได้ส่วนเกินจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล สำเนาใบแจ้งการตอบปฏิเสธจาก Medicaid	☐	☐
- ใบแจ้งจากแผนความช่วยเหลือระดับพรีเมียม และบริษัทประกันสุขภาพจากตลาดประกันสุขภาพ	☐	☐

คุณจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับบริการใด ๆ ที่คุณได้รับต่อไป จนกว่าเราจะได้รับใบสมัครที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนจากคุณแล้ว หากคุณไม่ได้รับการตอบกลับจากเราภายใน 30 วันหลังจากที่ส่งไปสมัครไปแล้ว หรือคุณต้องการความช่วยเหลือเพื่อกรอกใบสมัคร โปรดโทรสอบถามเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยของเราที่หมายเลข (844) 647-6436 เวลาทำการตั้งแต่ 9.00 น. -16.30 น. วันจันทร์ถึงวันศุกร์

จะต้องส่งใบสมัครที่กรอกเสร็จเรียบร้อยแล้วไปยังที่อยู่ใดที่อยู่หนึ่งด้านล่าง

Dartmouth-Hitchcock Medical Center
One Medical Center Drive
PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03756
โทรสาร : (603) 650-6142

New London Hospital
PO Box 2150
Attn: Financial Counselor
New London, NH 03257
โทรสาร : (603) 526-5085

Cheshire Medical Center
580 Court Street
PFS: FAA
Keene, NH 03431
โทรสาร : (603) 354-6533

โรงพยาบาล **Ascutney และ ศูนย์สุขภาพ (Mt. Ascutney Hospital and Health Center)**
เรียน: ที่ปรึกษาด้านการเงิน
298 County Road
Windsor, VT 05089

10 Alice Peck Day Drive Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive
FAA
Lebanon, NH 03766
โทรสาร : (603) 650-6142

คุณสามารถรับความช่วยเหลือเป็นการส่วนตัวเพื่อกรอกข้อมูลใบสมัคร ณ สถานพยาบาลต่อไปนี้

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

โรงพยาบาล **Ascutney และ ศูนย์สุขภาพ (Mt. Ascutney Hospital and Health Center)**
298 County Road
Windsor, VT 05089
(802) 674-7233

ใบสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงิน

1. ข้อมูลผู้ป่วย

นามสกุล	ชื่อ	ชื่อกลาง	หมายเลขประกันสังคม	วันเดือนปีเกิด
บ้านเลขที่ ถนน	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	ระยะเวลาที่อยู่
ที่อยู่สำหรับส่งไปรษณีย์	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน	หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	☐ โสด ☐ แยกกันอยู่ ☐ พอลเมืองสหรัฐ	☐ แต่งงาน ☐ หย่าร้าง ☐ พำนักในรัฐนิวแฮมเชียร์	☐ คู่ชีวิต ☐ หม้าย

2. บุคคลที่รับผิดชอบในการชำระบิล

นามสกุล	ชื่อ	ชื่อกลาง	หมายเลขประกันสังคม	วันเดือนปีเกิด
ที่อยู่ หากแตกต่างจากที่อยู่ของผู้ป่วย	หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน		หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน	
ชื่อบริษัทประกันสุขภาพ				วันที่มีผลบังคับใช้

3. โปรดระบุชื่อทุกคนที่อยู่ในครัวเรือน รวมถึงผู้สมัคร: ถ้าจำเป็นให้เขียนในกระดาษเพิ่มเติม

ชื่อ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประกันสังคม	เป็นผู้สมัคร ใช่/ไม่ใช่
1 <u>ตัวเอง</u>				
2				
3				
4				
5				
6				

4. นี่เป็นการสมัครสำหรับการบริการในขนาดหรือที่ผ่านมา

☐ ขนาด ☐ ที่ผ่านมา วันที่ให้บริการ: _____

5. โปรดกรอกรายละเอียด หากบุคคลในครัวเรือนของคุณมีประกันสุขภาพ

ประกันสุขภาพ (แผน/ชื่อ) _____ บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ (ทำเครื่องหมายวงกลม) มี _____ ไม่มี ใคร: _____
 หมายเลขกรมธรรม์/หมายเลขประจำตัว _____ จำนวนค่าเสียหายส่วนแรก: _____
 Medicare ส่วน A _____ Medicare ส่วน B _____ ได้รับความช่วยเหลือเพื่อจ่ายค่า Medicare ส่วน B _____ ใคร: _____

6. มีใครในบ้านของคุณสมัครขอความช่วยเหลือจาก Medicaid หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ใคร: _____

ถ้าสมัคร แต่ถูกปฏิเสธ โปรดแนบสำเนาการตอบปฏิเสธจาก Medicaid

7. คุณสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินจากสถานพยาบาลอื่นหรือไม่ ☐ สมัคร ☐ ไม่ได้สมัคร หากสมัครที่ไหน: _____

8. มีใครในบ้านคุณตั้งครรภ์หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

9. มีใครในครัวเรือนของคุณรับราชการทหารหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ใคร: _____

10. คุณเพิ่งยื่นคำร้องขอค่าชดเชยสำหรับพนักงาน หรือเรียกร้องค่าสินไหมสำหรับอุบัติเหตุด้านยานพาหนะใช่หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่วันที่: _____

11. มีใครในครัวเรือนของคุณมีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการจากประกันสังคมหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ใคร: _____

12. มีใครใส่ชื่อคุณว่าเป็นผู้อยู่ในอุปการะสำหรับผู้ยื่นเสียภาษีรายได้หรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี ใคร: _____

13. ข้อมูลทรัพย์สินในครัวเรือน

	บุคคลที่ 1	บุคคลที่ 2	บุคคลที่ 3
ชื่อของสมาชิกแต่ละคนในครัวเรือน:			
ชื่อนายจ้าง:			
รายได้รวมต่อเดือนจาก:			
การจ้างงาน:	\$	\$	\$
ประกอบธุรกิจส่วนตัว:	\$	\$	\$
บัญชีการลงทุน:	\$	\$	\$
ค่าเช่าจากอสังหาริมทรัพย์:	\$	\$	\$
กรณีว่างงาน:	ตั้งแต่ เดือน / วัน / ปี	ตั้งแต่ วัน / เดือน / ปี	ตั้งแต่ วัน / เดือน / ปี
การเกษียณ:	\$	\$	\$
(สวัสดิการ ประกันสังคม เงินบำนาญ เงินรายได้อื่นๆ)			
ค่าเลี้ยงดู/ค่าเลี้ยงดูบุตร:	\$	\$	\$
ความช่วยเหลือจากรัฐ แสตนปีอาหาร	\$	\$	\$
รายได้อื่น ๆ:	\$	\$	\$
เงินออมและเงินลงทุน:			
ยอดเงินในบัญชีกระแสรายวัน:	\$	\$	\$
ยอดเงินในบัญชีกระแสรายวัน:	\$	\$	\$
(IRAs, 403B, 401K:)			
ระบุ:	\$	\$	\$
เงินออมและเงินลงทุนอื่น ๆ:	\$	\$	\$
ระบุ:			

14. ค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

การจ่ายค่าเช่ารายเดือน: \$ การชำระเงินกู้ซื้อบ้าน \$ ยอดเงินกู้ซื้อบ้าน \$

ค่าภาษีโรงเรือนและที่ดิน ไม่รวมจำนวนเงินที่จ่ายไปข้างต้น: \$ มูลค่าบ้าน: \$

คุณมีทรัพย์สินเพื่ออยู่อาศัยอื่นนอกจากที่อยู่อาศัยหลักหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

ถ้ามี มูลค่า \$ ยอดเงินกู้สำหรับทรัพย์สินเพื่ออยู่อาศัย: \$

หากทรัพย์สินเพื่ออยู่อาศัยอื่นถือเป็นธุรกิจ ให้ระบุที่อยู่: การชำระเงินกู้อย่างอื่น: \$

จ่ายให้กับ: เพื่อ:

หักจ่าย Medicare ส่วน D จากเงินสวัสดิการประกันสังคม: ใช่ ☐ ไม่ใช่ จำนวน:\$

ค่าสาธารณูปโภค \$ ค่าประกัน (รถยนต์/ชีวิต/ทรัพย์สิน) \$ อื่น ๆ: \$

ค่าเลี้ยงดู/ค่าเลี้ยงดูบุตร \$ เบี้ยประกันสุขภาพ \$ อื่น ๆ: \$

ค่าดูแลบุตร \$ ค่ารักษาพยาบาล \$ อื่น ๆ: \$

ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต (ค่าน้ำมันรถ ค่าอาหาร ค่าเสื้อผ้า) \$ ค่ายา \$ อื่น ๆ: \$

เมื่อลงนามด้านล่าง ฉันอนุญาตให้มีการขอรายงานเครดิต และ/หรือเอกสารการยื่นภาษีของฉัน ฉันเข้าใจว่าเอกสารการยื่นภาษีจำเป็นต่อการดำเนินการเกี่ยวกับใบสมัครนี้ และอาจมีการขอข้อมูลเพิ่มเติมก่อนจะมีการตัดสินใจว่าฉันจะได้รับสิทธิ์ในความช่วยเหลือหรือไม่ ในกรณีที่ฉันให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือแสดงข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับรายได้หรือทรัพย์สินใด ๆ ความตกลงที่ฉันจะได้รับส่วนลดเพื่อช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลนั้น จะถือเป็นโมฆะและไม่ผล และกลับไปใช้มีผลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายตามวันที่ได้ลงไว้ ฉันอาจต้องรับผิดชอบค่าธรรมเนียมใด ๆ/ทั้งหมดตามกฎหมายในระหว่างการประชุมข้อมูลนี้

สมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคนที่ได้อ่านด้านล่าง อนุญาตให้ใช้ข้อมูลทางการแพทย์ การเงิน และการจ้างงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลสุขภาพ หรือเกณฑ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลนี้อาจมอบให้แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพใด ๆ ที่สมาชิกในครอบครัวเข้ารับบริการรักษาพยาบาล หรือขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถือเป็นความลับภายใต้บทบัญญัติต่าง ๆ ตามกฎระเบียบของรัฐบาลกลางเกี่ยวกับ HIPAA การทำหัตถการทางเลือกอาจไม่ได้รับการพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

ฉันยินยอมที่จะจ่ายเงินช่วยเหลือทางการเงินนี้เต็มจำนวน หากฉันได้รับการชำระค่าบริการทางการแพทย์ใด ๆ ก็ตามที่รวมอยู่ในใบสมัครนี้จากประกันสุขภาพ โครงการรัฐ เงินที่ได้รับจากการฟ้องร้อง หรือการจ่ายเงินอื่นใด เป็นต้น

หากฉันได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ฉันตกลงที่จะแจ้งให้องค์กรที่ฉันสมัครขอรับความช่วยเหลือถึงการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่อาจมีผลต่อสิทธิ์ที่ฉันจะได้รับ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดครอบครัว รายได้ และความคุ้มครองด้านประกันสุขภาพ ฉันเข้าใจว่าหากสถานการณ์ด้านการแพทย์ของฉัน/ของเราเปลี่ยนไป ฉันจะต้องสมัครในโครงการความช่วยเหลือจากรัฐ และให้หลักฐานการสมัคร เพื่อที่ฉัน/เราจะมีคุณสมบัติตามโครงการดังกล่าว

ลายเซ็นผู้สมัคร _____ วันที่ _____

ลายเซ็นผู้สมัครร่วม _____ วันที่ _____