

Kính gửi Người đăng ký:

Nếu việc thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe có thể gây khó khăn về tài chính cho quý vị, vui lòng điền vào đơn đăng ký này.

Đơn đăng ký này sẽ giúp chúng tôi xác định khả năng giảm các chi phí đó của chúng tôi cho các dịch vụ được cung cấp tại bất kỳ địa điểm Y tế nào của Dartmouth. Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi áp dụng cho quý vị hoặc hộ gia đình của quý vị. Mọi thông tin quý vị cung cấp đều được bảo mật và chỉ được xem xét bởi nhân viên xử lý đơn đăng ký của quý vị.

Nếu quý vị có bảo hiểm thì quý vị cũng có thể có đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính với các nhà cung cấp tham gia khác 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 hoạt động để cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho trẻ em và cư dân trưởng thành không được bảo hiểm của Tiểu bang New Hampshire.

Trước khi bất kỳ hỗ trợ tài chính nào được cấp, quý vị phải đã sử dụng hết các nguồn thanh toán khác bao gồm bảo hiểm, hỗ trợ công, 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 thông tin.

	Bắt buộc	Không áp dụng
1. Bản sao hoàn chỉnh của Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang gần đây nhất của quý vị và tất cả các lịch trình	☐	☐
2. Bản sao của tất cả các mẫu đơn W-2 gần đây nhất	☐	☐
3. Bản sao của ba (3) cuống phiếu lương gần đây nhất hoặc một bảng kê từ (các) chủ lao động	☐	☐
4. Bản sao của ba (3) bảng sao kê ngân hàng gần đây nhất (ví dụ: tiền tiết kiệm, séc, quỹ Thị trường tiền tệ, IRA, 401K, v.v.)	☐	☐
5. Bản sao báo cáo quyền lợi bồi thường thất nghiệp, tàn tật	☐	☐
6. Bản sao an sinh xã hội và/hoặc trợ cấp hưu trí	☐	☐
7. Bản sao phân bổ Tem phiếu Thực phẩm	☐	☐
8. Bản sao các nguồn cổ tức, quỹ ủy thác và báo cáo thuế bất động sản	☐	☐
9. Bản sao thông báo hỗ trợ của chính phủ;		
- Thông báo của Bộ Y tế & Dịch vụ Nhân sinh (tất cả các trang)	☐	☐
- Thư Khoản chi Spend Down Medicaid, Bản sao Thông báo Từ chối từ Medicaid	☐	☐
- Thông báo từ (các) Chương trình Hỗ trợ Tiền phí Bảo hiểm và (các) Bảo hiểm Thị trường	☐	☐

Quý vị sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm về tài chính cho bất kỳ dịch vụ nào quý vị nhận được cho đến khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị. Nếu quý vị không nhận được phản hồi từ chúng tôi trong vòng 30 ngày sau khi gửi lại đơn đăng ký, hoặc quý vị cần trợ giúp hoàn thành đơn đăng ký, vui lòng gọi cho một trong những Nhân viên Bảo vệ Quyền lợi Bệnh nhân của chúng tôi theo số (844) 647-6436. Giờ làm việc là 9 am - 4:30 pm, Thứ Hai - Thứ Sáu.

Các đơn đăng ký đã hoàn thành phải được gửi lại một trong các địa chỉ dưới đây:

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

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

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

Mt. Ascutney Hospital and Health Center
 Attn: Financial Counselor
 298 County Road
 Windsor, VT 05089

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

Quý vị có thể nhận được hỗ trợ trực tiếp để hoàn thành đơn đăng ký này tại các địa điểm sau:

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

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

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

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính

1. Thông tin Bệnh nhân

Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	Số An sinh Xã hội #	Ngày sinh
Địa chỉ Đường phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã zip	Khoảng thời gian tại địa chỉ
Địa chỉ Gửi thư	Thành phố	Tiểu bang	Mã zip	
Số điện thoại Nhà	Số điện thoại Cơ quan	☐ Độc thân ☐ Đã Ly thân ☐ Công dân Hoa Kỳ	☐ Đã Kết hôn ☐ Đã Ly hôn ☐ Cư dân NH	☐ Công nhận Bạn tình Sống Chung ☐ Góa vợ/chồng

2. Người Chịu trách nhiệm Thanh toán Hóa đơn

Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	Số An sinh Xã hội #	Ngày sinh
Địa chỉ nếu Khác với của Địa chỉ của Bệnh nhân	Số điện thoại Nhà	Số điện thoại Cơ quan		
Tên Công ty Bảo hiểm	Ngày có Hiệu lực			

3. Vui lòng cho biết TẤT CẢ những người sống trong hộ gia đình, kể cả người đăng ký:

Sử dụng thêm giấy nếu cần

Tên	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Ngày sinh	Số An sinh Xã hội #	Áp dụng Có/Không
1 Tự bản thân				
2				
3				
4				
5				
6				

4. Đơn đăng ký này dành cho các dịch vụ trong tương lai hay trong quá khứ?

☐ Tương lai ☐ Quá khứ (Các) Ngày của Dịch vụ: _____

5. Vui lòng điền vào nếu có ai trong hộ gia đình của quý vị có bảo hiểm:

Bảo hiểm y tế (Chương trình/Tên), _____ Tài khoản tiết kiệm y tế (khoanh tròn) Có Không Ai: _____
 Số Hợp đồng /Số ID _____ Số tiền Khấu trừ: _____
 Medicare Phần A _____, Medicare Phần B _____, Nhận hỗ trợ thanh toán Medicare Phần B _____, Ai: _____

6. Có ai trong hộ gia đình quý vị đã nộp đơn đăng ký xin Medicaid không? ☐ Có ☐ Không Ai: _____

Nếu Có và bị từ chối, vui lòng cung cấp bản sao của thông báo từ chối Medicaid.

7. Quý vị đã đăng ký hỗ trợ tài chính tại một cơ sở khác? ☐ Có ☐ Không Nếu có, ở đâu: _____

8. Có ai trong hộ gia đình quý vị đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không

9. Có ai trong gia đình quý vị từng phục vụ trong quân đội không? ☐ Có ☐ Không Ai: _____

10. Gần đây, quý vị có gửi yêu cầu bồi thường cho người lao động hoặc yêu cầu bồi thường tai nạn xe cơ giới không? ☐ Có ☐ Không Ngày: _____

11. Có ai trong hộ gia đình của quý vị đủ điều kiện nhận các quyền lợi An sinh Xã hội không? ☐ Có ☐ Không Ai: _____

12. Có ai khác ghi tên quý vị trên tờ khai thuế thu nhập của họ không? ☐ Có ☐ Không Ai: _____

13. Thông tin Tài sản Hộ gia đình

	Cá nhân 1	Cá nhân 2	Cá nhân 3
Tên của từng thành viên trong hộ gia đình:			
Tên của chủ lao động:			
Tổng Thu nhập Hàng tháng Từ:			
Việc làm:	\$	\$	\$
Tự Kinh doanh:	\$	\$	\$
Tài khoản Đầu tư:	\$	\$	\$
Cho thuê Bất động sản:	\$	\$	\$
Thất nghiệp:	từ MM / DD / YYYY	từ MM / DD / YYYY	từ MM / DD / YYYY
Hưu trí:	\$	\$	\$
(An sinh Xã hội, Lương hưu, Tài sản trả lãi hàng năm)			
Trợ cấp vợ (chồng) cũ/Cấp dưỡng nuôi con:	\$	\$	\$
Trợ cấp Công cộng, Tem phiếu Thực phẩm:	\$	\$	\$
Thu nhập Khác:	\$	\$	\$
Tiết kiệm và Đầu tư:			
Số dư Tài khoản Ghi Chi phiếu:	\$	\$	\$
Số dư Tài khoản Tiết kiệm & CD: (IRA, 403B, 401K:)	\$	\$	\$
Nêu rõ:	\$	\$	\$
Khoản tiết kiệm và đầu tư khác:	\$	\$	\$
Nêu rõ:			

14. Các Chi tiêu cho Hộ gia đình

Thanh toán Tiền Thuê nhà Hàng tháng: \$ Thanh toán Thẻ chấp: \$ Số dư Khoản vay Thẻ chấp \$

Số tiền Thuế Bất động sản Không Bao gồm trong Số tiền Thanh toán Trên: \$ Giá trị Căn nhà: \$

Quý vị Có Sở hữu Bất động sản Khác Ngoài Nhà ở Chính Không? ☐ Có ☐ Không

Nếu Có, Giá trị \$ Số dư thẻ chấp: \$

Nếu bất động sản khác là cơ sở kinh doanh, hãy liệt kê địa chỉ: Thanh toán Khoản vay Hàng tháng: \$

Thanh toán cho: Dành cho:

Medicare Phần D được khấu trừ từ chi phiếu An sinh Xã hội: ☐ Có ☐ Không có Số tiền: \$

Tiện ích \$ Bảo hiểm (Xe hơi/Nhân thọ/Bất động sản) \$ Khác: \$

Trợ cấp vợ (chồng) cũ/Cấp dưỡng Nuôi con \$ Phí Bảo hiểm Y tế \$ Khác: \$

Giữ Trẻ \$ Hóa đơn Chăm sóc sức khỏe \$ Khác: \$

Sinh hoạt (gas, thức ăn, quần áo) \$ Thuốc men \$ Khác: \$

Thông qua việc ký tên dưới đây, tôi cho phép yêu cầu báo cáo tín dụng và/hoặc tờ khai thuế của mình. Tôi hiểu rằng cần phải khai thuế để xử lý đơn đăng ký này và có thể yêu cầu thêm thông tin trước khi xác định điều kiện hội đủ của tôi. Trong trường hợp tôi không tiết lộ đầy đủ, hoặc trình bày không chính xác, bất kỳ thu nhập hoặc tài sản nào, bất kỳ thỏa thuận nào để cung cấp cho quý vị một khoản chiết khấu chăm sóc từ thiện sẽ trở nên vô hiệu và sẽ có hiệu lực trở lại kể từ ngày nợ hóa đơn. Tôi có thể chịu trách nhiệm cho bất kỳ/tất cả các khoản phí pháp lý trong quá trình thu hồi nợ.

Tất cả các thành viên trưởng thành trong hộ gia đình 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 về điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ tài chính của họ. Thông tin này có thể được tiết lộ cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà các thành viên trong hộ gia đình đã tìm kiếm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc hỗ trợ tài chính. Tất cả thông tin được cung cấp sẽ được giữ bí mật theo các điều khoản của quy định liên bang HIPAA. Các thủ tục tự chọn có thể không được xem xét để được hỗ trợ.

Tôi đồng ý rằng tôi sẽ hoàn trả toàn bộ số tiền hỗ trợ tài chính nếu tôi nhận được bất kỳ hình thức thanh toán nào cho các dịch vụ y tế được bao trả trong đơn đăng ký này, ví dụ như thanh toán bảo hiểm, thanh toán chương trình chính phủ, số tiền từ một vụ kiện hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào khác.

Nếu tôi nhận được Hỗ trợ Tài chính, tôi đồng ý cho tổ chức nơi tôi nộp đơn đầu tiên về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ, bao gồm cả những thay đổi về quy mô gia đình, thu nhập và bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng nếu tình hình y tế của tôi/chúng tôi thay đổi để tôi/chúng tôi có thể đủ điều kiện tham gia một chương trình hỗ trợ công cộng, tôi sẽ cần phải đăng ký chương trình đó và cung cấp bằng chứng về đơn đăng ký.

Chữ ký của Người đăng ký Ngày

Chữ ký của Người Đồng đăng ký Ngày