

Kính gửi Người nộp đơn:

Vui lòng điền đơn này nếu quý vị gặp khó khăn trong việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.

Đơn này giúp chúng tôi xác định liệu chúng tôi có thể giảm chi phí chăm sóc sức khỏe của quý vị cho các dịch vụ tại các cơ sở Dartmouth Health hay không. Vui lòng trả lời tất cả câu hỏi về quý vị và hộ gia đình của quý vị. Thông tin của quý vị được bảo mật. Thông tin này sẽ chỉ được chia sẻ với nhân viên xử lý đơn của quý vị.

Nếu thu nhập và tình trạng nhập cư của quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid, quý vị sẽ cần nộp đơn. Chúng tôi có thể giúp quý vị thực hiện việc này. Nếu quý vị gặp tai nạn, quý vị sẽ cần sử dụng hết các nguồn chi trả khác, chẳng hạn như khoản chi trả theo trách nhiệm của bên thứ ba.

Chúng tôi cần bằng chứng về thu nhập và tài sản thanh khoản của quý vị để xác định quý vị có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. Vui lòng cung cấp các mục sau:

Tài liệu Bắt buộc

- **Thu nhập:** Bản sao đầy đủ Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang gần đây nhất của quý vị và tất cả các phụ lục và biểu mẫu (ví dụ: 1040, 1099, v.v.) Lưu ý: nếu quý vị không khai thuế hoặc tài liệu này không phản ánh thu nhập hiện tại của quý vị, vui lòng xem các lựa chọn tài liệu thay thế bên dưới.
- **Tài sản Thanh khoản:** Bản sao của hai (2) sao kê ngân hàng hoặc sao kê tài chính khác gần đây nhất (ví dụ: tài khoản tiết kiệm, tài khoản séc, tài khoản thị trường tiền tệ, v.v.) cho từng tài khoản do một người có tên trong đơn nắm giữ.

Tài liệu Chứng minh Thu nhập Thay thế

- **Nếu đang có việc làm:** Bản sao hai (2) phiếu lương gần đây nhất từ tất cả người sử dụng lao động của từng người có tên trong đơn. Nếu không có, vui lòng cung cấp xác nhận bằng văn bản của người sử dụng lao động có thông tin về thu nhập.
- **Nếu đang thất nghiệp:** Bản sao bảng kê trợ cấp thất nghiệp, nếu áp dụng (ví dụ: séc, sao kê ngân hàng, bản trực tuyến, v.v.).
- **Nếu tự kinh doanh:** Báo cáo Lãi lỗ trong 3 tháng gần đây.
- **Nếu quý vị sở hữu bất động sản cho thuê:** Thu nhập Cho thuê – bản sao Phụ lục E hiện hành của biểu mẫu IRS.
- **Nếu quý vị nhận quyền lợi khuyết tật của An sinh Xã hội:** Bản sao bảng kê quyền lợi bồi thường khuyết tật/thư thông báo trợ cấp hoặc séc, sao kê ngân hàng, bản trực tuyến, v.v.
- **Nếu quý vị nhận An sinh Xã hội, lương hưu hoặc thu nhập hưu trí:** Bản sao thư thông báo trợ cấp, cuống séc, sao kê ngân hàng, v.v. Lưu ý: Không cần cung cấp Thu nhập An sinh Bổ sung.
- **Các loại thu nhập khác:** Nếu quý vị nhận khoản thu nhập không được liệt kê tại đây, vui lòng gọi cho Nhân viên Hỗ trợ Bệnh nhân của chúng tôi theo số 844-647-6436 để xác định tài liệu cần cung cấp.

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 chưa 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 các Nhân viên Hỗ trợ Bệnh nhân của chúng tôi theo số 844-647-6436. **Giờ làm việc là 9 am – 4:30 pm, Thứ Hai – Thứ Sáu.**

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 Concord
253 Pleasant Street
Concord, NH 03301
603-229-5080

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

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

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

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

New London Hospital
273 County Road
New London, NH 03257
603-526-5503

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

Valley Regional Hospital
243 Elm Street
Claremont, NH 03743
603-543-6947

**Đơn đã hoàn thành phải
được gửi lại đến địa chỉ
bên dưới:**

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

Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính

1. Thông tin Bệnh nhân

Họ	Tên	Chữ cái đầu Tên đệm	SSN#	Ngày sinh
Địa chỉ Đường phố	Thành phố	Tiểu bang	ZIP	
Địa chỉ Gửi thư (nếu khác địa chỉ ở trên)	Thành phố	Tiểu bang	ZIP	
Số Điện thoại Nhà riêng	Số Điện thoại Nơi làm việc			
☐ Độc thân ☐ Đã Kết hôn ☐ Kết hợp Dân sự ☐ Đã Ly thân ☐ Đã Ly hôn ☐ Góa vợ/chồng				

2. Vui lòng liệt kê tất cả người phụ thuộc sống trong hộ gia đình khai thuế của quý vị.

(Hộ gia đình được định nghĩa là quý vị, vợ/chồng/bạn đời sống chung và tất cả người phụ thuộc khai thuế.)

Tên	Mối quan hệ với Bệnh nhân	NGÀY SINH	SSN#	Đăng ký Có/Không
1. <u>Tư bản thân</u>				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				
6. _____				

3. Đơn đăng ký này dành cho các dịch vụ trong tương lai hay trong quá khứ? ☐ Tương lai ☐ Trước đây Ngày cung cấp (các) Dịch vụ: _____

4. Vui lòng điền nếu có bất kỳ ai trong hộ gia đình khai thuế của quý vị có bảo hiểm:

Bảo hiểm Y tế (Chương trình/Tên), _____ Tài khoản tiết kiệm y tế ☐ Có ☐ Không Ai: _____

Số Hợp đồng Bảo hiểm/ID# _____ Số tiền Khấu trừ: _____

Medicare Phần A _____, Medicare Phần B _____, Nhận hỗ trợ thanh toán Medicare Phần B _____, Ai: _____

5. Có ai trong hộ gia đình khai thuế của quý vị đã nộp đơn xin Medicaid không? ☐ Có ☐ Không Ai: _____

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

6. Có ai trong hộ gia đình khai thuế của quý vị đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không

7. Có ai trong hộ gia đình khai thuế của quý vị từng phục vụ trong quân đội không? ☐ Có ☐ Không Ai: _____

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

☐ Có ☐ Không Ngày: _____

9. Có ai trong hộ gia đình khai thuế của quý vị đủ điều kiện nhận quyền lợi An sinh Xã hội không?

☐ Có ☐ Không Ai: _____

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

11. Thông tin Thu nhập/Tài sản Thanh khoản của Hộ gia đình Khai thuế

	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)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tiền Cấp dưỡng: (từ các thỏa thuận trước năm 2019)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Tiền tiết kiệm và Tài sản Thanh khoản:			
Số dư Tài khoản Ghi Chi phiếu:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Số dư Tài khoản Tiết kiệm & CD:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Các khoản tiết kiệm và đầu tư thanh khoản khác:			
Nêu rõ: _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Thông tin Bổ sung

Vui lòng cung cấp bất kỳ thông tin nào khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, chẳng hạn như khó khăn trong việc thanh toán hóa đơn, tiền thuê nhà hoặc thực phẩm.

Bằng việc ký tên bên dưới, tôi cho phép yêu cầu cung cấp 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 khai báo đầy đủ hoặc khai báo không chính xác bất kỳ khoản thu nhập hoặc tài sản thanh khoản nào, mọi thỏa thuận cung cấp cho quý vị khoản giảm giá chăm sóc từ thiện sẽ vô hiệu và việc hủy bỏ sẽ có hiệu lực hồi tố từ ngày các hóa đơn đến hạn. 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 trạng y tế của tôi/chúng tôi thay đổi khiến tôi/chúng tôi có thể đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ công cộng, tôi có thể cần nộp đơn cho chương trình đó và cung cấp bằng chứng về việc nộp đơn.

Chữ ký Người nộp đơn

Ngày

Chữ ký Người đồng nộp đơn

Ngày