

Capital Medical Center (Trung tâm Y tế Capital)

Hướng dẫn Mẫu đơn Đăng ký Chăm sóc Từ thiện/Hỗ trợ Tài chính

Đây là một mẫu đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc từ thiện) tại Capital Medical Center.

Tiểu bang Washington yêu cầu tất cả các bệnh viện đều phải cung cấp hỗ trợ tài chính cho những người dân và gia đình đáp ứng một số yêu cầu nhất định về thu nhập. Quý vị có thể hội đủ điều kiện để được chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá dựa theo quy mô và thu nhập của gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm sức khỏe. Vui lòng truy cập địa chỉ www.capitalmedical.com để biết chính sách hiện tại của chúng tôi và một đường dẫn tới các hướng dẫn về Hướng dẫn Chuẩn Nghèo Liên bang năm 2016.

Hỗ trợ tài chính đài thọ những gì? Hỗ trợ tài chính của bệnh viện đài thọ các dịch vụ y tế thích hợp tại bệnh viện được cung cấp bởi Capital Medical Center phụ thuộc vào sự hội đủ điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính có thể không đài thọ tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm các dịch vụ do các tổ chức hoặc các bác sĩ khác cung cấp.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ trong việc hoàn thành mẫu đơn này: Để được hỗ trợ, vui lòng gọi điện cho cơ sở của chúng tôi theo số 360-704-4778 hoặc số điện thoại miễn phí 1-800-610-3522. Quý vị có thể nhận được sự hỗ trợ vì bất cứ lý do nào, bao gồm việc hỗ trợ khuyết tật và hỗ trợ ngôn ngữ.

Để mẫu đơn của quý vị được xử lý, quý vị phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình của quý vị**
Điền số lượng thành viên trong gia đình của quý vị (gia đình bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, hôn nhân, hoặc nhận nuôi cùng chung sống với nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)**
- Cung cấp tài liệu dành cho thu nhập của gia đình**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần thiết**
- Ký tên và điền ngày tháng vào mẫu đơn**

Lưu ý: Quý vị không phải cung cấp số An sinh Xã hội để đăng ký hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi số An sinh Xã hội của quý vị, thì điều này sẽ giúp đẩy nhanh quá trình xử lý đơn của quý vị. Số An sinh Xã hội được sử dụng vào việc xác minh thông tin được cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An sinh Xã hội, thì vui lòng đánh dấu “không áp dụng” hoặc “Không Có”.

Gửi qua đường bưu điện hoặc gửi fax mẫu đơn hoàn chỉnh cùng với tất cả tài liệu tới địa chỉ: Capital Medical Center 3900 Capital Mall DR SW Olympia WA 98502 ATTN: Admissions. Hoặc gửi fax tới số: 360-704-4705. Hãy nhớ giữ một bản sao cho chính quý vị.

Để nộp trực tiếp mẫu đơn hoàn chỉnh của quý vị: Capital Medical Center 3900 Capital Mall Dr SW Olympia WA 98502.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng về sự hội đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu áp dụng, trong vòng 14 ngày lịch kể từ ngày nhận được mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm tài liệu về thu nhập.

Bằng việc nộp mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị chấp thuận cho chúng tôi thực hiện các điều tra cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ tài chính và thông tin.

**Chúng tôi muốn hỗ trợ. Vui lòng nhanh chóng nộp mẫu đơn của quý vị!
Quý vị có thể nhận hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị.**

Capital Medical Center
(Trung tâm Y tế Capital)

Hướng dẫn Mẫu đơn Đăng ký Chăm sóc Từ thiện/Hỗ trợ Tài chính– bảo mật

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin. Nếu không liên quan, thì vui lòng ghi “Không có”. Đính kèm các trang bổ sung nếu cần.

THÔNG TIN SÀNG LỌC

Quý vị có cần một thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, thì vui lòng liệt kê ngôn ngữ cần phiên dịch:
Bệnh nhân đã nộp đơn đăng ký Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có thể được yêu cầu phải nộp đơn trước khi được cân nhắc để nhận hỗ trợ tài chính
Bệnh nhân có nhận các dịch vụ công từ tiểu bang ví dụ như TANF, Basic Food, hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân hiện có đang vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ hội đủ điều kiện cho việc nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- Khi quý vị nộp mẫu đơn của quý vị, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả các thông tin và có thể yêu cầu thông tin bổ sung hoặc bằng chứng về thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày lịch sau khi chúng tôi nhận được mẫu đơn đã hoàn thành và giấy tờ của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị hội đủ điều kiện cho việc nhận hỗ trợ.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP HỒ SƠ

Tên của Bệnh nhân	Tên Đệm của Bệnh nhân	Họ của Bệnh nhân	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng nêu rõ _____)	Ngày Sinh	Số An sinh Xã hội (không bắt buộc*) <small>*không bắt buộc, nhưng cần thiết để được hỗ trợ nhiều hơn so với các yêu cầu của luật pháp tiểu bang</small>	
Người Chịu Trách nhiệm Thanh toán Hóa đơn	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Ngày Sinh	Số An sinh Xã hội (không bắt buộc*) <small>*không bắt buộc, nhưng cần thiết để được hỗ trợ nhiều hơn so với các yêu cầu của luật pháp tiểu bang</small>
Địa chỉ Nhận thư	(Các) Số Liên lạc Chính () _____ () _____ Địa chỉ Thư điện tử: _____		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Bưu điện	
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Đi làm (ngày bắt đầu đi làm: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (đã thất nghiệp bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Học sinh <input type="checkbox"/> Tàn tật <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)			

THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Liệt kê các thành viên trong gia đình quý vị, bao gồm quý vị. “Gia đình” bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, hôn nhân, hoặc nhận nuôi cùng chung sống với nhau.

QUY MÔ GIA ĐÌNH _____ *Đính kèm thêm trang nếu cần*

Tên	Ngày Sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Nếu 18 tuổi trở lên: Tên của (những) người sử dụng lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):

**Capital Medical Center
(Trung tâm Y tế Capital)**

Hướng dẫn Mẫu đơn Đăng ký Chăm sóc Từ thiện/Hỗ trợ Tài chính– bảo mật

Thu nhập của tất cả thành viên trưởng thành trong gia đình đều phải được kê khai. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ: - Lương - Thất nghiệp - Tự làm chủ - Bảo hiểm lao động - Khuyết tật - SSI - Hỗ trợ trẻ em/hôn nhân - Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Phân bổ tài khoản hưu trí - Khác (<i>vui lòng giải thích</i>)				

THÔNG TIN THU NHẬP

LƯU Ý: Quý vị phải bao gồm bằng chứng về thu nhập cùng với mẫu đơn của quý vị.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình quý vị. Xác minh thu nhập được yêu cầu để xác định hỗ trợ tài chính.

Tất cả những thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên đều phải kê khai thu nhập. Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ chứng minh, thì quý vị có thể nộp một bản báo cáo có chữ ký nêu rõ thu nhập của quý vị. Vui lòng cung cấp bằng chứng về mọi nguồn thu nhập được xác định.

Ví dụ bằng chứng về thu nhập bao gồm:

- Báo cáo khấu lưu “W-2”; hoặc
- Cuống thanh toán hiện tại (2 tháng); hoặc
- Bản khai thuế thu nhập của năm trước, bao gồm các thời hạn nếu áp dụng; hoặc
- Các báo cáo bằng văn bản có chữ ký từ người sử dụng lao động hoặc người khác; hoặc
- Chấp thuận/từ chối về sự hội đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế được tiểu bang tài trợ; hoặc
- Chấp thuận/từ chối về sự hội đủ điều kiện nhận bảo hiểm thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập hoặc không có thu nhập, thì vui lòng đính kèm một trang bổ sung cùng với một lời giải thích.

THÔNG TIN CHI TIÊU

Chúng tôi sử dụng thông tin này để có được một bức tranh toàn cảnh về tình hình tài chính của quý vị.

Các Chi tiêu Hàng tháng của Hộ gia đình:

Tiền thuê/thế chấp \$ _____ Chi phí y tế \$ _____

Các Phí Bảo hiểm \$ _____

Nợ/Chi phí Khác \$ _____ (*hỗ trợ nuôi con, các khoản vay, thuốc men, khác*)

THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đính kèm một trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, ví dụ như khó khăn về tài chính, thu nhập tạm thời hoặc theo thời vụ, hoặc là mất mát cá nhân.

CHẤP THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng Capital Medical Center có thể xác minh thông tin bằng cách thu thập và xét duyệt thông tin từ những nguồn khác để hỗ trợ việc xác định sự hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc các chương trình thanh toán.

Tôi xác nhận rằng những thông tin trong hồ sơ này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu thông tin mà tôi cung cấp được xác định là sai thì kết quả sẽ là từ chối việc hỗ trợ tài chính, và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm và thanh toán cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ ký của Người Nộp Hồ sơ

Ngày