



Kính gửi Quý Bệnh nhân,

Hướng dẫn nộp đơn xin

Nếu quý vị muốn nộp đơn xin đăng ký Chương trình Hỗ trợ Tài chính của Dịch vụ Y tế Providence, xin điền và gửi lại Mẫu đơn đính kèm. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, xin gọi đến 800-566-5050 để được Đại diện Hỗ trợ Tài chính hỗ trợ.

TIÊU CHUẨN

Để được nhận Hỗ trợ Tài chính, xin lưu ý:

- Có thể cần phải có Đơn xin nhận hỗ trợ của địa phương, bang hoặc liên bang.
- **Thu nhập của gia đình sẽ phải được xác minh. Vui lòng cung cấp bằng chứng về thu nhập của gia đình. (Tờ khai thuế và/hoặc phiếu thanh toán lương gần đây) Nếu quý vị không có thu nhập, xin cung cấp báo cáo cho biết quý vị đang được hỗ trợ tài chính như thế nào.**
- Các nguồn thu nhập khác cũng phải được báo cáo, bao gồm: trợ cấp nuôi con (child support), tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng (alimony), bồi thường tai nạn lao động (workers compensation), viện trợ chính phủ (public assistance), thu nhập từ kinh doanh tự do (self-employment income) và thu nhập thất nghiệp (unemployment income).

Hỗ trợ Tài chính không được áp dụng cho:

- Vật dụng cá nhân, chẳng hạn như chi phí tivi.
- Dịch vụ không cần thiết về mặt y tế, bao gồm các thủ thuật thẩm mỹ và điều trị vô sinh.
- Dịch vụ được bảo hiểm trong một mạng lưới chăm sóc sức khỏe khác.
- Các sản phẩm được bán không cần đơn bác sĩ.

Quyết định về Hỗ trợ Tài chính chỉ áp dụng cho đợt điều trị mà quý vị làm đơn này để xin.

Gửi đơn xin đã điền và giấy tờ hỗ trợ qua thư đến:

NRSC Financial Assistance Representative
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

Fax đơn xin đã điền và giấy tờ hỗ trợ đến:

(317) 583-2753 Attn: NRSC Financial Assistance Representative

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào, vui lòng liên lạc Trung tâm Dịch vụ Chăm sóc Khách hàng của chúng tôi theo số 800-566-5050 Từ thứ Hai đến thứ Sáu, 8:00 sáng - 1:45 chiều & 2:30 chiều - 4:00 chiều, giờ chuẩn miền Đông (EST).



ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN (VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN)				Số tài khoản
Tên bệnh nhân:	Ngày sinh	Tình trạng hôn nhân	Giới tính	Số điện thoại
Địa chỉ:	Thành phố	Bang	Mã Zip	Địa chỉ email:
Số An sinh Xã hội:	Chủ sở làm	Toàn thời gian	Bán thời gian	Bao nhiêu giờ/tuần
Địa chỉ Chủ sở làm:	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số điện thoại

THÔNG TIN VỀ BÊN CHỊU TRÁCH NHIỆM				
Tên	Ngày sinh	Tình trạng Hôn nhân	Giới tính	Số điện thoại
Như trên				
Địa chỉ:		Bang	Mã Zip	Địa chỉ Email
Số An sinh Xã hội	Chủ sở làm	Toàn thời gian	Bán thời gian	Bao nhiêu giờ/tuần
Địa chỉ Chủ sở làm	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số điện thoại

THÔNG TIN VỀ VỢ/CHỒNG CỦA BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM				
Tên Vợ/Chồng	Số An sinh Xã hội	Ngày sinh		
Chủ sở làm của Vợ/Chồng:	Địa chỉ:	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
				Số điện thoại

NGƯỜI PHỤ THUỘC:					
Tên	Tuổi	Quan hệ	Tên	Tuổi	Quan hệ

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG**CHI PHÍ SINH HOẠT HÀNG THÁNG**Thanh
toán

Số dư

Thu nhập kiểm được của Người Nộp đơn	Tiền vay mua/thuê nhà		
Thu nhập của Vợ/Chồng Người Nộp đơn	Điện		
Phúc lợi An sinh Xã hội	Ga		
Thu nhập Lương hưu/Hưu trí	Điện thoại		
Trợ cấp Thất nghiệp	Nước		
Bồi thường Tai nạn Lao động	Đồ tạp hóa & thực phẩm phụ		
Thu nhập từ Lãi suất / Cổ tức	TV truyền hình cáp		
Trợ cấp nuôi con	Thanh toán Ô tô		
Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng	Điện thoại di động		
Thu nhập từ Tài sản Cho thuê	Chăm sóc Ban ngày		
Tem Thực phẩm	Trợ cấp nuôi con/Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng		
Khác	Thuốc theo toa		
Khác	Thẻ tín dụng:		
TỔNG THU NHẬP:	1.		
	2.		
TÀI SẢN	3.		
Tiền mặt hiện có	Hóa đơn Bác sĩ /		
Tài khoản Tiết kiệm	Bệnh viện khác:		
Tài khoản Thanh toán			
Chứng chỉ Tiền gửi			
Chứng khoán			
Bảo hiểm Nhân thọ			
Bất động sản Khác			
Khác	Chi phí Bảo hiểm:		
	1. Xe hơi		
Hiệu/Mẫu Xe:	2. Tài sản		
Năm	3. Y tế / Nhân thọ		
Giá trị	Các Khoản Thanh toán Nợ Khác:		
	1.		
	2.		
Các Kế hoạch Tài chính:	Các Khoản Thanh toán Hàng tháng Khác:		
Bảo hiểm nhân thọ	cobra		
Thừa kế	bảo hiểm nhân thọ		
Khác	3.		
TỔNG GIÁ TRỊ TÀI SẢN:	TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG:		

GHI CHÚ: _____

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng các thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Bằng văn bản này, tôi cho phép bệnh viện nhận thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

Ngày_____
Chữ ký của Bệnh nhân, Vợ/Chồng, Người Giám hộ hoặc Người Đại diện Hợp pháp

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH CỦA DỊCH VỤ Y TẾ PROVIDENCE

CHÚNG NHẬN

Chữ ký của tôi trên đơn này xác nhận rằng mọi khai báo đều đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi và tôi đã cung cấp mọi thông tin liên quan đến tình hình tài chính của tôi. Tôi hiểu và xác nhận rằng nếu tôi khai sai bất cứ thông tin tài chính nào liên quan đến Đơn xin này, hoặc nếu không nỗ lực hợp tác để đáp ứng điều kiện của chương trình, là chương trình có thể tài trợ cho chi phí y tế của tôi (ví dụ: Medicaid, yêu cầu bồi thường thương tích cá nhân, bồi thường tai nạn lao động), tôi có thể sẽ không được nhận Hỗ trợ Tài chính và rằng tôi sẽ chịu trách nhiệm trả tiền cho các dịch vụ được cung cấp. Tôi đồng ý cho phép Dịch vụ Y tế Providence hoặc đại diện của họ yêu cầu cung cấp và xem xét báo cáo về tình trạng tín dụng của tôi cũng như tiến hành các bước hợp lý để đánh giá mọi thông tin được cung cấp.

Tôi hiểu rằng nếu được hỗ trợ tài chính một phần, tôi sẽ có trách nhiệm thanh toán phần còn lại trong hóa đơn của tôi.

Khai báo về Tổng thu nhập (trước thuế và trước các khoản bị trừ từ thu nhập)

Tổng Thu nhập Gia đình Hàng năm của Tôi (cộng Cột Bệnh nhân và Cột Vợ/chồng Hàng năm ở mặt kia rồi viết số tổng vào dưới đây):

Khai báo về tình trạng Thiếu Thu nhập

Mô tả ngắn gọn về tình hình tài chính/sinh hoạt của quý vị và lý do quý vị cần hỗ trợ tài chính cho hóa đơn y tế của quý vị.

Vui lòng ký vào bên dưới:

Bệnh nhân/Người giám hộ

(Ngày)