



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E.)

Kính gửi Bệnh nhân/Người nộp đơn,

Động lực của Ascension là sự cảm thông và chúng tôi luôn tận tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người—đặc biệt là những người cần được chăm sóc nhất. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi. Hỗ trợ tài chính chỉ áp dụng cho chăm sóc cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị và gia đình mình.

Chúng tôi gửi thư này và đơn xin hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu điều này, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đầy đủ cả hai mặt, bao gồm cả chữ ký và ngày ký trước khi quý vị gửi trả. Nếu quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký trong vòng sáu tháng qua và đã được phê duyệt hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Quý vị có thể không cần phải điền đơn đăng ký mới. Chúng tôi sẽ không xem xét đơn đăng ký đã cũ quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, vui lòng cung cấp ít nhất một trong các giấy tờ sau đây làm bằng chứng thu nhập của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn hoặc sống với một người quan trọng khác trong 6 tháng hoặc lâu hơn, họ cũng sẽ cần cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau đây để làm bằng chứng thu nhập của họ trước khi đơn đăng ký có thể được xử lý.

- Bản sao của 3 cuống phiếu lương gần đây nhất từ chủ lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu tự làm chủ, bao gồm tất cả các bảng) hoặc xác minh không nộp đơn (www.irs.gov/form4506-T)
- An sinh xã hội và/hoặc Thư Hỗ trợ Hưu trí
- Tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất của Phụ huynh hoặc Người Giám hộ, nếu người nộp đơn là người phụ thuộc được nêu trong biểu mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Tài liệu xác minh thu nhập khác
- Bản sao của sao kê ngân hàng từ 3 tháng trước
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp

Nếu quý vị nhận hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè hoặc sống cùng nhà với họ, vui lòng đề nghị họ điền đầy đủ biểu mẫu đính kèm có nhãn “Letter of Support” (Thư Hỗ trợ). Việc này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm về các hóa đơn y tế của quý vị. Điều này sẽ giúp cho biết làm thế nào mà quý vị có thể trang trải được chi phí sinh hoạt. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ gia đình và bạn bè, quý vị không cần điền vào mẫu Thư Hỗ trợ.

Cuối cùng, vui lòng cung cấp tài liệu làm bằng chứng về chi phí y tế và dược phẩm/thuốc hàng tháng chưa chi trả của quý vị.

Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với bằng chứng thu nhập để đơn đăng ký được xem xét. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa điền đầy đủ.

Xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email qua internet là không an toàn. Mặc dù ít xảy ra, nhưng có khả năng thông tin quý vị đưa vào email có thể bị đánh chặn và bị đọc bởi các bên khác ngoài người được gửi thư.

Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và đảm bảo rằng thông tin đó được giữ an toàn. Vì đơn đăng ký chứa số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyên quý vị không nên gửi qua email.

Vui lòng in ra và gửi qua đường thư bưu điện hoặc gửi tận tay đơn đăng ký đã điền đầy đủ của quý vị đến địa chỉ sau:

**ASCENSION ST. VINCENT'S RIVERSIDE
HOPE PROGRAM
1 SHIRCLIFF WAY
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S SOUTHSIDE
HOPE PROGRAM
4201 BELFORT RD
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY COUNTY
HOPE PROGRAM
1670 ST. VINCENT'S WAY
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST. VINCENT'S ST JOHNS
HOPE PROGRAM
205 TRINITY WAY
ST. JOHNS FL 32259**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, vui lòng gọi cho một trong các Đại diện Bệnh nhân của chúng tôi theo số (904) 308-1956.

Trân trọng,

Patient Financial Services
Ascension St. Vincent's
(Dịch vụ Tài chính Bệnh
nhân Ascension St.
Vincent's)

Health Outreach Patient Eligibility (Điều Kiện Hội Đủ Tiếp Cận Y Tế Của Bệnh Nhân - H.O.P.E)**Câu hỏi Sàng lọc BỔ sung HỖ trợ Tài chính**

Quý vị có bảo hiểm sức khỏe không?	C K	Tên Công Ty Bảo Hiểm và ID Thành Viên _____
Quý vị có dưới 21 hoặc trên 65 tuổi không?	C K	<input type="checkbox"/> Dưới 21 <input type="checkbox"/> Trên 65
Quý vị có con cái là trẻ vị thành niên ở nhà không?	C K	
Quý vị có đang mang thai không?	C K	
Quý vị có được Quản lý An sinh Xã hội coi là người khuyết tật hoặc Quý vị có hồ sơ khuyết tật đang chờ xử lý không?	C K	<input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Đang chờ xử lý: quý vị đã nộp đơn khi nào?
Tình trạng công dân tại Hoa Kỳ của quý vị là gì? <i>Xin lưu ý: câu hỏi này chỉ được hỏi nhằm mục đích xác định điều kiện hội đủ để nhận Emergency Medicaid (Medicaid Cấp Cứu)</i>	C K	<input type="checkbox"/> công dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Người tị nạn <input type="checkbox"/> Thẻ Xanh <input type="checkbox"/> VISA (làm việc hoặc khách)

Vui lòng cho biết lý do quý vị đăng ký HỖ trợ Tài chính/HOPE

- Tôi có hóa đơn y tế chưa thanh toán cho lần khám ở Phòng Cấp Cứu/Nằm viện Nội trú/Chăm sóc theo lịch trình (khoanh tròn một hoặc nhiều câu trả lời)
- Khác (vui lòng cung cấp giải thích ngắn gọn) _____

Thời gian Xử lý Đơn Đăng Ký

- Có thể mất tới 45 ngày nhưng các Cố vấn tài chính của chúng tôi đang nỗ lực làm việc để xử lý đơn của quý vị nhanh nhất có thể.
- Để hỗ trợ các Cố vấn Tài chính của chúng tôi trong quá trình này, vui lòng đảm bảo rằng quý vị đã nộp đơn hoàn chỉnh đã có chữ ký cùng với tất cả các tài liệu cần thiết để tránh sự chậm trễ trong quá trình xử lý đơn của quý vị.



Health Outreach Patient Eligibility (Điều Kiện Hội Đủ Tiếp Cận Y Tế Của Bệnh Nhân - H.O.P.E)

Hướng dẫn Chi tiết Đơn đăng ký Hỗ trợ Tài chính

- Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính
Vui lòng điền đầy đủ tất cả các trường, ký tên và ghi ngày
- Câu hỏi Sàng lọc Hỗ trợ Tài chính
Vui lòng khoanh tròn Có hoặc Không và cung cấp thêm thông tin khi cần
- Thư Hỗ trợ
Vui lòng điền đầy đủ nếu có áp dụng đối với quý vị
- Mẫu Chứng thực Vô gia cư
Vui lòng điền đầy đủ nếu có áp dụng đối với quý vị
- Tiết lộ Thông tin Tài chính, Mẫu 2613 (chỉ dành cho cư dân FL)
Mẫu đơn này sẽ được DCF (Department of Children and Families - Bộ phận Trẻ em và Gia đình) sử dụng cho các mục đích xác định và điều kiện hội đủ để nhận Medicaid và xem liệu quý vị có đủ điều kiện hay không.
Các dòng chữ ký phải bao gồm chữ ký của bệnh nhân và vợ hoặc chồng nếu có.
- Bổ nhiệm Đại diện được Chỉ định, Mẫu 2505 (chỉ dành cho cư dân FL) Ký tên và ghi ngày vào Dòng Chữ ký của Khách hàng.
Biểu mẫu này sẽ được sử dụng cho mục đích xác định và hội đủ điều kiện nhận Medicaid. Biểu mẫu này cho phép chúng tôi hoàn thành đơn đăng ký Medicaid của quý vị và các thủ tục sau đó đối với trường hợp Medicaid của quý vị. Không nhập tên cho người đại diện.
- Tập đính kèm C (chỉ dành cho cư dân GA)
Ký tên của quý vị dưới 10. và ngày dưới 11.
- R1 Ủy quyền cho Đại diện Bệnh nhân Ký tên và ngày ký.
- R1 Ủy quyền để Thảo luận về Bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe
Vui lòng điền các thông tin được yêu cầu nếu có áp dụng đối với quý vị

Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Thông tin bệnh nhân

(Vui lòng viết hoa và điền vào tất cả các trường thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)

Ngày _____ Số tài khoản _____
Tên (tên và họ) _____
Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang ZIP _____
Số an sinh xã hội (không bắt buộc) _____
Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____
Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)

Tên (tên và họ) _____
Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang ZIP _____
Số an sinh xã hội (không bắt buộc) _____
Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____
Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên (tên và họ) _____
Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____
Địa chỉ hộp thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang ZIP _____
Số an sinh xã hội (không bắt buộc) _____
Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____
Số giờ làm việc mỗi tuần _____ Số điện thoại của chủ lao động _____

Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____ Ngày sinh _____ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình _____

Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập lương của người nộp đơn _____
Thu nhập của vợ/chồng người nộp đơn _____
Tiền an sinh xã hội _____
Thu nhập từ trợ cấp/lương hưu _____
Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật _____
Bồi thường thất nghiệp _____
Bồi thường của người lao động _____
Thu nhập lãi/cổ tức _____

Hỗ trợ trẻ em nhận được _____
Cấp dưỡng nhận được _____
Thu nhập bất động sản cho thuê _____
Tem phiếu thực phẩm _____
Phân phối quỹ ủy thác nhận được _____
Thu nhập khác _____
Thu nhập khác _____
Tổng thu nhập hàng tháng \$ _____

Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Vay thế chấp/thuê _____
Tiện ích _____
Điện thoại (điện thoại cố định) _____
Điện thoại di động _____
Hàng tạp hóa/thực phẩm _____
Truyền hình cáp/internet/vệ tinh _____
Chi phí xe hơi _____
Giữ trẻ _____

Hỗ trợ trẻ em/tiền cấp dưỡng _____
Thẻ tín dụng _____
Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện _____
Bảo hiểm xe hơi/ô tô _____
Bảo hiểm nhà/tài sản _____
Bảo hiểm y tế/sức khỏe _____
Bảo hiểm nhân thọ _____
Chi phí hàng tháng khác _____
Tổng chi phí hàng tháng \$ _____

Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc _____
Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi _____
Bất động sản/nhà ở thứ hai khác _____
Thuyền/RV/xe máy/xe giải trí _____
Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu _____
Tài sản khác _____

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

Chữ ký của Người nộp đơn _____

Ngày _____

Nhận xét _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

Thư hỗ trợ

Số hồ sơ y tế của bệnh nhân/số tài khoản _____

Tên người hỗ trợ _____

Mối quan hệ với bệnh nhân/người nộp đơn _____

Địa chỉ của người hỗ trợ _____

Gửi đến Ascension:

Thư này là để thông báo rằng (tên bệnh nhân) _____ nhận được rất ít hoặc không có thu nhập và tôi đang hỗ trợ chi phí sinh hoạt của anh ấy/cô ấy. Anh ấy/cô ấy có ít hoặc không có nghĩa vụ với tôi.

Bằng cách ký vào bản tuyên bố này, tôi đồng ý rằng các thông tin được cung cấp là đúng theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của người hỗ trợ _____

Ngày _____



Health Outreach Patient
Eligibility (H.O.P.E.)

MẪU CHỨNG THỰC VÔ GIA CƯ

Tên Bệnh nhân: _____ NGÀY SINH: _____

4 số cuối của Số An Sinh Xã Hội (SSN): _____ SSN Đã Xác Minh (C/K): _____

Tôi hiện là người vô gia cư và được phép nhận thư theo địa chỉ sau:

Tôi nhận được tem phiếu thực phẩm với số tiền \$ _____ mỗi tháng.

Tôi thất nghiệp và không có thu nhập trong những _____ tháng qua.

BỆNH NHÂN

Tôi qua văn bản này xác nhận rằng câu trả lời của tôi đối với tuyên bố trước đó là đúng, đầy đủ và chính xác. Bằng cách ký Chứng thực này, quý vị xác nhận rằng mình đã đọc Chứng thực này hoặc văn bản này đã được đọc cho quý vị và có chữ ký hợp pháp, hợp lệ.

Chữ ký Bệnh nhân Ngày Số Điện Thoại

Chủ Nhà/Người Thuê

Vui lòng để chủ nhà/người thuê ngôi nhà nơi quý vị được phép nhận thư điền đầy đủ mục này:

Tôi _____ xác nhận rằng _____ hiện đang vô gia cư và được phép nhận thư tại địa chỉ nhà của tôi được nêu ở trên.

Chữ ký Cư dân Ngày Số Điện Thoại



Tiểu Bang Florida
Estado De La Florida

Sở Trẻ em và Gia đình
Departamento de Ninos y Familias

TIẾT LỘ THÔNG TIN TÀI CHÍNH *Autorizacion Para Informe Economico*

Ngày (*Fecha*): _____

Số Hồ Sơ hoặc Số ACCESS _____
(*Numero def Caso o Numero de ACCESS*)

Gửi Đến Những Người Có Liên Quan:
(*A Quien Pueda Interesar*):

Tôi qua văn bản này cấp phép và ủy quyền cho bất kỳ ngân hàng, hiệp hội xây dựng, chủ lao động, công ty bảo hiểm, công ty bất động sản, cơ quan chính phủ hoặc bất kỳ tổ chức tài chính dưới bất kỳ hình thức hoặc đặc điểm nào được quyền tiết lộ cho bất kỳ đại lý nào của Sở Trẻ em và Gia đình thông tin đầy đủ về tài khoản ngân hàng, thu nhập, chính sách bảo hiểm, tài sản hoặc quyền lợi của tôi, trong khoảng thời gian được nêu dưới đây.

(*Par la presente autorizo a cua/quier banco, compafia de construccion, compafia de seguros, compafia de bienes raices, agencia de gobierno o institucion financiera que a sf lo solicite, a suministrar informacion sobre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Ninos y Familias.*)

Bản tiết lộ thông tin này có giá trị từ _____ đến _____

(*Esta autorizacion es valida desde _____ hasta _____.*)

(Các) Chữ ký: _____
(*Firma(s)*)

(Các) Tên trên Tài khoản: _____
(*Nombre(s) en la Cuenta*)

Chữ ký Chuyên gia ESS

Ngày



Xác nhận

BỔ NHIỆM NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH

Tên khách hàng

Số Hồ Sơ

Hoàn thành bởi Khách hàng

Tôi muốn _____ hành động thay mặt tôi trong việc xác định
Tên của Người Đại Diện

điều kiện hội đủ để nhận hỗ trợ công cộng từ Sở Trẻ em và Gia đình.

Chữ ký của Khách hàng

Ngày

Hoàn thành bởi Người Đại Diện

Tôi hiểu rằng bằng cách chấp nhận bổ nhiệm này, tôi có trách nhiệm cung cấp hoặc hỗ trợ cung cấp thông tin cần thiết để thiết lập điều kiện hội đủ nhận hỗ trợ của người này. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố về tội khai man và/hoặc lừa dối nếu tôi giữ lại thông tin hoặc cố ý cung cấp thông tin sai lệch.

Chữ ký của Người Đại Diện

Ngày

Quan hệ với Khách hàng

Số Nhà và Tên Phố

Thành phố

Tiểu bang

Số Điện thoại

Tự Bổ nhiệm bởi Người Đại Diện

Tôi đang hành động _____ trong việc cung cấp thông tin để thiết lập điều kiện hội đủ nhận hỗ trợ vì anh ấy/cô ấy không thể tự mình hành động. Tôi sẽ cung cấp thông tin theo sự hiểu biết tốt nhất của mình. Tôi hiểu rằng tôi có thể bị truy tố về tội khai man và/hoặc lừa dối nếu tôi giữ lại thông tin hoặc cố ý cung cấp thông tin sai lệch. Tôi đồng ý báo cáo ngay lập tức bất kỳ thay đổi nào trong trường hợp của họ mà tôi biết.

Chữ ký của Người Đại Diện

Ngày

Quan hệ với Khách hàng

Số Nhà và Tên Phố

Thành phố

Tiểu bang

Số Điện thoại

VĂN BẢN ĐỊNH KÈM C



GEORGIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
(SỞ DỊCH VỤ NHÂN SINH GEORGIA)
Division of Family and Children Services (Bộ phận
Dịch vụ Gia đình và Trẻ em)



GEORGIA DEPARTMENT
OF COMMUNITY HEALTH

Biểu Mẫu Được
Phê Duyệt OMB Số
0938-1191

Hỗ trợ Điền Đơn đăng ký này

Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền.

Quý vị có thể cho phép một người đáng tin cậy nói về đơn đăng ký này với chúng tôi, xem thông tin của quý vị, và hành động thay quý vị về các vấn đề liên quan đến đơn đăng ký này, bao gồm nhận thông tin về đơn đăng ký của quý vị và thay mặt quý vị ký tên vào đơn đăng ký.

Người này được gọi là "người đại diện được ủy quyền". Nếu quý vị cần thay đổi người đại diện được ủy quyền của mình, hãy liên hệ với Bộ phận Dịch vụ Gia đình và Trẻ em (DFCS) theo số 1-877-423-4746. Nếu quý vị là đại diện được chỉ định hợp pháp cho một người nào đó trong đơn đăng ký này, hãy gửi bằng chứng kèm theo đơn đăng ký.

1. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên Đệm, Họ)		
2. Địa chỉ		3. Số căn hộ hoặc Dãy
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. Mã ZIP
7. Số Điện thoại () -		
8. Tên Tổ chức		9. Số ID (nếu có)
Bằng cách ký tên, quý vị cho phép người này ký đơn đăng ký của quý vị, nhận thông tin chính thức về đơn đăng ký này và hành động thay quý vị về tất cả các vấn đề trong tương lai với cơ quan này.		
10. Chữ ký của		11. Ngày

Chỉ dành cho các cố vấn đơn đăng ký được chứng nhận, hoa tiêu, đại lý, và môi giới.

Điền đầy đủ phần này nếu quý vị là cố vấn đơn đăng ký, hoa tiêu, đại lý hoặc môi giới được chứng nhận để điền vào đơn đăng ký này thay cho người khác.

1. Ngày bắt đầu đơn đăng ký (tháng/ngày/năm)	
2. Tên, Tên Đệm, Họ, & Hậu tố	
3. Tên Tổ chức	4. Số ID (nếu có)



QUÝ VỊ CẦN TRỢ GIÚP LÀM ĐƠN ĐĂNG KÝ? Hãy truy cập Compass.ga.gov hoặc gọi cho chúng tôi theo số 1-877-423-4746. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame 1-877-423-4746. Nếu quý vị cần trợ giúp bằng một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, hãy gọi 1-877-423-4746 và nói với đại diện dịch vụ khách hàng ngôn ngữ mà quý vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị miễn phí. Người dùng TTY có thể gọi số 1-800-255-0135.



ỦY QUYỀN CHO ĐẠI DIỆN CỦA BỆNH NHÂN

TỪ: (TÊN KHÁCH HÀNG) _____

Tôi qua văn bản này chỉ định và bổ nhiệm Bảo hiểm Chăm sóc của R1, các đại lý và nhân viên (gọi chung là "Đại diện") đại diện cho tôi và hành động thay mặt tôi trước bất kỳ tổ chức y tế, tổ chức tài chính, công ty bảo hiểm nhân thọ, chỗ làm, Sở Dịch vụ Nhân sinh của quận/tiểu bang, Cơ quan An sinh Xã hội, tổ chức chăm sóc sức khỏe tâm thần và Cơ quan Cựu chiến binh nhằm mục đích đảm bảo hoặc sửa đổi các quyền lợi chăm sóc sức khỏe cho tôi và/hoặc gia đình của tôi.

Tôi hoàn toàn đồng ý tiết lộ cho Đại diện của mình về tất cả các hồ sơ bệnh viện, báo cáo y tế và tâm thần (bao gồm, nếu thích hợp, các báo cáo liên quan đến ma túy, rượu và HIV/AIDS), tất cả thông tin tài chính (bao gồm sao kê ngân hàng, chính sách bảo hiểm nhân thọ, và tài liệu về việc làm/tiền lương) và tất cả các tài liệu và thông tin khác liên quan đến tôi và/hoặc hộ gia đình của tôi đang chịu sự giám sát của các cơ quan này.

Tôi hiểu rằng một số hồ sơ được truy xuất có thể bao gồm thông tin về lạm dụng chất gây nghiện, sức khỏe tâm thần và tình trạng HIV liên quan đến các bệnh truyền nhiễm khác. Một số thông tin này phải được bảo mật theo tất cả các luật của tiểu bang và liên bang với quy định quyền riêng tư của HIPAA như được đã được sửa đổi vào ngày 14 Tháng Tám, 2002. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được một bản sao Thông báo về Chính sách quyền riêng tư của R1 theo yêu cầu của pháp luật.

Tôi miễn bất kỳ yêu cầu bảo mật nào được đánh giá bởi các đại diện Bảo hiểm Chăm sóc của R1, và sẽ chỉ tiết lộ thông tin này cho những người khác có liên quan trực tiếp đến trường hợp của tôi. Thông tin được truy xuất hoặc tiết lộ sẽ có thời gian không dài hơn thời gian hợp lý để có được thông tin này và công bố thông tin.

DỮ LIỆU AN SINH XÃ HỘI: Tôi cũng ủy quyền và giao cho Bảo hiểm Chăm sóc của R1 quyền thu thập thông tin từ Cơ quan An sinh Xã hội và/hoặc cố vấn pháp lý mà tôi đã có được để xác thực hoặc lấy thông tin của mình về bất kỳ thành viên nào trong gia đình tôi liên quan đến trường hợp mà tôi và người nhà mình đang nhận.

Tên (viết hoa)

Chữ ký

Ngày

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Zip

Điện thoại

Ascension St. Vincent's

**Bệnh viện / Ngày Tiếp nhận
năng ký tên)**

Chữ ký Nhân chứng (nếu bệnh nhân không có khả

Đại diện Bảo hiểm chăm sóc

Số Tài Khoản



HƯỚNG DẪN: Vui lòng cung cấp hai liên hệ bổ sung mà R1 RCM Inc. có thể thay mặt quý vị nói về hồ sơ bảo hiểm sức khỏe/Medicaid/Medicare của quý vị:

ỦY QUYỀN ĐỀ THẢO LUẬN BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Tôi qua văn bản này đồng ý cho phép R1 RCM Inc. sử dụng hoặc tiết lộ thông tin liên quan đến bảo hiểm chăm sóc sức khỏe của tôi với các cá nhân được liệt kê dưới đây. Ủy quyền này sẽ có hiệu lực cho đến khi bảo hiểm y tế được phê duyệt, quyết định cuối cùng được đưa ra là tôi không đủ điều kiện nhận bất kỳ bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nào hoặc tôi rút lại ủy quyền này bằng cách gửi thông báo bằng văn bản cho R1 RCM Inc.

Tên: _____

Quan hệ với Bệnh nhân: _____

Điện thoại: _____

Tên: _____

Quan hệ với Bệnh nhân: _____

Điện thoại: _____

Tên bệnh nhân (viết hoa)

Chữ ký

Ngày

Người Ủy quyền nếu không phải là Bệnh nhân

Chữ ký

Ngày

Địa chỉ Đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Zip

Điện thoại

Bệnh viện / Ngày Tiếp Nhận

Chữ ký Nhân chứng (nếu Bệnh nhân không có khả năng ký tên)

R1 RCM, Inc. Representative