

Kính gửi Bệnh nhân/Người nộp đơn,

Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois làm việc trên cơ sở nhân ái, tận tâm cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân hóa cho tất cả mọi người—đặc biệt là những người cần 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 sức khỏe cho quý vị và gia đình.

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 2 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)
- 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

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 hoàn thiện.

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 chặn và 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 và gửi đơn đăng ký hoàn chỉnh qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:

Ascension Illinois PFS
Gửi tới: Financial Assistance Department (Phòng Hỗ trợ Tài chính)
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

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 qua số 833-272-7585.

Trân trọng,

Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân
Ascension Illinois

Hỗ trợ tài chính

đơn đăng ký

Quan trọng: QUÝ VỊ CÓ THỂ NHẬN ĐƯỢC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ: Việc hoàn thành đơn đăng ký này sẽ giúp Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois xác định xem quý vị có thể nhận các dịch vụ miễn phí, giảm giá hoặc các chương trình công cộng khác có thể giúp thanh toán cho việc chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Vui lòng gửi đơn đăng ký này đến địa chỉ được nêu trong thư bày tỏ nguyện vọng.

NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, SẼ KHÔNG CẦN ĐẾN SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ XÉT DUYỆT CHO VIỆC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ. Tuy nhiên, Số An sinh Xã hội là bắt buộc đối với một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Việc cung cấp Số An sinh Xã hội là không bắt buộc nhưng sẽ giúp Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình công cộng nào hay không. Đối với bất kỳ câu hỏi đăng ký nào được đánh dấu “tùy chọn”, câu trả lời (hoặc không trả lời) của quý vị sẽ không có bất kỳ tác động nào đến kết quả của đơn đăng ký.

Vui lòng hoàn thành biểu mẫu này và gửi đến Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois trực tiếp, qua đường bưu điện, thư điện tử hoặc fax để đăng ký dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá càng sớm càng tốt sau ngày nhận dịch vụ. Chúng tôi sẽ chấp nhận đơn đăng ký của quý vị trong tối đa 240 ngày sau khi có bản báo cáo thanh toán đầu tiên cho dịch vụ chăm sóc của quý vị. Bằng cách gửi đơn đăng ký này, quý vị xác nhận rằng quý vị đã trung thực trong quá trình cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký để hỗ trợ Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois trong việc xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào về quy trình đăng ký, quý vị có thể liên hệ với bộ phận tư vấn tài chính của Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois theo số 833-272 -7585.

Khiếu nại hoặc thắc mắc về quy trình đăng ký giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc quy trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện có thể được báo cáo cho Văn phòng Chăm sóc Sức khỏe của Tổng chưởng lý Illinois. Đường dây nóng miễn phí của Health Care Bureau là 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

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 (họ và tên) _____

Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____

Không bắt buộc - Nhận dạng giới tính – Quý vị nghĩ mình là: Nam Nữ Người chuyển giới nam/đàn ông chuyển giới/nữ sang nam (FTM)

Người chuyển giới nữ/chuyển giới nữ/nam sang nữ (MTF) Phi nhị nguyên giới/giới tính không theo quy chuẩn xã hội, không phải là nam cũng không phải là nữ Loại giới tính bổ sung (hoặc khác)

Tùy chọn - Nhận dạng Giới tính: Giới tính ban đầu được ghi trên giấy khai sinh của quý vị là gì?: Nam Nữ

Không bắt buộc - chủng tộc: Người da trắng Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Người Mỹ bản địa hoặc người Alaska bản địa Người da đỏ gốc Á Người Trung Quốc Người Philippines Người Nhật Bản Người Hàn Quốc Người Việt Nam Người châu Á khác Người Hawaii bản địa Người Guamanian hoặc Chamorro Người Samoan Người đảo Thái Bình Dương khác

Không bắt buộc – Sắc tộc: Gốc Tây Ban Nha Hispanic, Latino/a, hoặc Tây Ban Nha Spanish Mexico, Người Mỹ gốc Mexico, Chicano/a Puerto Rico Cuba Gốc Tây Ban Nha Hispanic, Latino/a hoặc Tây Ban Nha khác

Tùy chọn – Ngôn ngữ - Quý vị có nói ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh ở nhà không?: Có Không

Nếu có, đó là ngôn ngữ nào?: _____

Địa chỉ gửi thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã ZIP _____

Không bắt buộc - Số An sinh Xã hội _____

Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____

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 (họ và tên) _____

Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ gửi thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu điện _____

Số An sinh Xã hội (không bắt buộc) _____

Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____

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 (họ và tên) _____

Ngày sinh _____ Tình trạng hôn nhân _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ gửi thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Mã bưu điện _____

Số An sinh Xã hội (không bắt buộc) _____

Chủ lao động _____ Tình trạng việc làm _____

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 hộ 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 do người nộp đơn kiếm được	Người lao động	động	bồi	thường
Thu nhập từ vợ/chồng của người nộp đơn	Thu	nhập	từ	lãi suất/cổ tức
Trợ cấp an sinh xã hội	Tiền	cấp	dưỡng	nuôi con đã nhận
Thu nhập hưu bổng/lương hưu	Tiền	cấp	dưỡng	hôn nhân đã nhận
Thu nhập từ người khuyết tật	Thu	nhập	tài sản	cho thuê
Tiền bồi thường thất nghiệp	Phiếu	thực phẩm		
	Phân	bổ	quỹ ủy thác	nhận được
	Thu	nhập	khác	
	Tổng	thu	nhập	hàng tháng

Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Bệnh nhân được giả định là đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính như được mô tả trong Chính sách Hỗ trợ Tài chính của Ascension Illinois không bắt buộc phải điền phần này.

Tiền	thể	chấp/tiền	thuê	nhà	
				ích	
Điện	thoại	(điện	thoại	cố	định)
Điện	thoại	di	động		
Tạp	hóa/thực	phẩm			
Truyền	hình	cáp/internet/vệ	tinh		
Thanh	toán	ô	tô		
Giữ				trẻ	

Tiền cấp dưỡng hôn nhân/cấp dưỡng nuôi con _____
Thẻ tín dụng _____
Hóa đơn bác sĩ/viện phí _____
Bảo hiểm xe hơi/ô tô _____
Bảo hiểm nhà/bất động 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/tài khoản tiết kiệm/séc _____
Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi _____
Bất động sản/nhà ở thứ cấp khác _____
Thuyền/xe dã ngoại/xe máy/phương tiện giải trí _____
Xe ô tô sưu tập/ô tô không thiết yếu _____
Tài khoản chi tiêu linh hoạt/tiết kiệm chăm sóc sức khỏe _____

Tôi cho phép Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois lấy thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài. Tôi xác nhận rằng các thông tin trong đơn đăng ký này là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi sẽ nộp đơn đăng ký để nhận bất kỳ khoản hỗ trợ nào của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp thanh toán cho các hóa đơn y tế của mình. Tôi hiểu rằng thông tin đã cung cấp này có thể được Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois xác minh và tôi cho phép Alexian Brothers Health System hoạt động với danh nghĩa các chi nhánh của Ascension Illinois liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai sự thật trong đơn này, tôi sẽ không đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, mọi hỗ trợ tài chính được cấp cho tôi có thể bị thu hồi, và tôi sẽ chịu trách nhiệm về việc thanh toán (các) hóa đơn.

Chữ ký của Người nộp đơn _____

Ngày tháng _____

Nhận xét _____