

## Hướng Dẫn Về Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh/Điều Trị Nhân Đạo

Đây là đơn xin trợ giúp tài chánh (còn gọi là điều trị nhân đạo) ở CHI Franciscan Health.

**Tiểu Bang Washington bắt buộc tất cả các bệnh viện đều phải trợ giúp tài chánh** cho những người và gia đình đáp ứng các đòi hỏi về thu nhập. Quý vị có thể đủ điều kiện để được điều trị miễn phí dựa trên số người trong gia đình và mức thu nhập của quý vị, kể cả khi quý vị có bảo hiểm sức khỏe. Trợ giúp tài chánh được cung cấp cho những người có thu nhập gia đình hàng năm ít hơn hoặc bằng 300% mức chuẩn nghèo liên bang, như được quy định trong nguyên tắc hướng dẫn công bố hàng năm của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ. Đường dẫn tới nguyên tắc hướng dẫn <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>  
[www.chifranciscan.org/financialassistance](http://www.chifranciscan.org/financialassistance)

**Trợ giúp tài chánh đài thọ cho những gì?** Trợ giúp tài chánh của bệnh viện đài thọ những dịch vụ thích hợp ở bệnh viện được cung cấp bởi CHI Franciscan Health tùy vào tình trạng đủ điều kiện của quý vị. Trợ giúp tài chánh có thể không đài thọ cho tất cả mọi chi phí chăm sóc sức khỏe, kể cả những dịch vụ được cung cấp bởi những nơi khác.

**Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần giúp điền đơn này:** Hãy đến văn phòng Phụ trách Điều kiện và Đăng ký Trợ giúp Tài chánh tại bệnh viện hoặc gọi số 844-286-5546. Quý vị có thể xin giúp cho bất cứ lý do gì, bao gồm khuyết tật và trợ giúp về ngôn ngữ.

**Để cho đơn của quý vị được tiến hành, quý vị phải:**

- Cho chúng tôi biết các thông tin về gia đình của quý vị**  
Điền vào số người trong gia đình (gia đình bao gồm những người có mối quan hệ huyết thống, hôn nhân, hoặc con nuôi ở chung với nhau)
- Cho chúng tôi biết các thông tin về thu nhập chưa khấu trừ hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước khi trừ thuế và các khoản khấu trừ)**
- Cung cấp giấy tờ chứng minh cho thu nhập của gia đình**
- Kèm thêm thông tin khác nếu cần**
- Ký tên và để ngày vào đơn**

**Lưu Ý:** Quý vị không cần phải cho biết số An Sinh Xã Hội khi xin trợ giúp tài chánh. Nếu quý vị cho chúng tôi biết số An Sinh Xã Hội thì điều đó sẽ giúp cho đơn của quý vị được giải quyết nhanh hơn. Số An Sinh Xã Hội dùng để kiểm chứng những thông tin mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An Sinh Xã Hội, xin đánh dấu vào câu “không áp dụng” hoặc “NA.”

**Gởi bưu điện hoặc fax đơn đã điền đầy đủ cùng với tất cả mọi chứng từ đến địa chỉ dưới đây.** Nhớ giữ lại cho quý vị một bản.

**CHI Franciscan Rehabilitation Hospital**  
815 South Vassault Street  
Tacoma, WA 98465  
Phone: 253-444-3320 Fax: 253-444-3330

**Muốn đích thân đến nộp đơn đã điền đầy đủ, hãy đến Phòng Phụ trách Điều kiện và Đăng ký tại cơ sở CHI Franciscan Health địa phương của quý vị.**

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết quyết định cuối cùng về tình trạng đủ điều kiện và quyền kháng nghị của quý vị, nếu thích hợp, trong vòng 14 ngày kể từ lúc nhận được đơn xin trợ giúp tài chánh đã điền đầy đủ, cùng với giấy tờ chứng minh về thu nhập.

Khi nộp đơn xin trợ giúp tài chính, quý vị ưng thuận cho chúng tôi hỏi những điều cần thiết để xác nhận trách nhiệm và thông tin về tài chính.

**Chúng tôi muốn giúp quý vị. Xin hãy nộp đơn của quý vị ngay!**  
**Quý vị có thể sẽ nhận được các hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị.**

## Hướng Dẫn Về Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh/Điều Trị Nhân Đạo – bảo mật

Xin điền đầy đủ tất cả mọi thông tin. Nếu có phần nào không áp dụng cho trường hợp của quý vị, thì viết "NA." Kèm thêm các trang giấy khác nếu cần.

### CÁC THÔNG TIN CẦN THIẾT

Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu Có, xin cho biết ngôn ngữ gì:
Bệnh nhân đã xin Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Có thể cần phải xin trước khi được cứu xét cho hưởng trợ giúp tài chánh
Bệnh nhân có nhận trợ cấp xã hội của tiểu bang như TANF, Thực Phẩm Căn Bản, hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Hiện thời bệnh nhân có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Sự điều trị mà bệnh nhân cần có liên quan đến tai nạn xe hay bị thương trong lúc làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

### XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không đảm bảo chắc chắn là quý vị sẽ đủ điều kiện để được hưởng trợ giúp tài chánh, cho dù quý vị làm đơn xin.
- Sau khi quý vị nộp đơn, chúng tôi sẽ kiểm chứng tất cả thông tin và có thể yêu cầu bổ xung thêm giấy tờ hoặc chứng từ về thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày sau khi nhận được đơn điền đầy đủ và mọi chứng từ của quý vị, chúng tôi sẽ báo cho quý vị biết nếu quý vị đủ điều kiện được hưởng trợ giúp tài chánh.

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI ĐỨNG ĐƠN

Tên gọi của bệnh nhân	Tên lót của bệnh nhân		Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Phái khác (cho biết rõ _____)	Ngày Sinh		Số An Sinh Xã Hội của Bệnh Nhân (không bắt buộc*)  <i>*không bắt buộc, nhưng cần thiết để được trợ giúp thêm ngoài những đòi hỏi theo luật tiểu bang quy định</i>
Người Chịu Trách Nhiệm Trả Tiền cho Hóa Đơn	Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội (không bắt buộc*)  <i>*không bắt buộc, nhưng cần thiết để được trợ giúp thêm ngoài những đòi hỏi theo luật tiểu bang quy định</i>
Địa Chỉ Gửi Thư			(Những) số điện thoại chính để liên lạc ( ) _____ ( ) _____
Thành Phố	Tiểu Bang	Số Bưu Chính	Địa Chỉ Email: _____
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm trả tiền hóa đơn <input type="checkbox"/> <b>Đi Làm</b> (ngày được nhận làm việc: _____) <input type="checkbox"/> <b>Thất Nghiệp</b> (đã thất nghiệp bao lâu): _____ <input type="checkbox"/> <b>Tự Làm Chủ</b> <input type="checkbox"/> <b>Đi Học</b> <input type="checkbox"/> <b>Khuyết Tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Về Hưu</b> <input type="checkbox"/> <b>Tình Trạng Khác</b> ( _____ )			

### THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả những người trong gia đình, kể cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có mối quan hệ huyết thống, hôn nhân, hoặc con nuôi ở chung với nhau.

**SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_

*Kèm thêm trang giấy khác nếu cần*

Tên	Ngày Sinh	Quan Hệ với Bệnh Nhân	Nếu trên 18 tuổi: Tên các sở làm hoặc nguồn thu nhập	Nếu trên 18 tuổi: Tổng số thu nhập chưa khấu trừ hàng tháng (trước khi trừ thuế):	Có đang xin trợ giúp tài chánh không?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Phải ghi tất cả thu nhập của những người lớn trong gia đình. Các nguồn thu nhập bao gồm, thí dụ như:**

- Tiền Lương - Tiền Thất Nghiệp - Tự Làm Chủ - Bồi thường tai nạn lao động - Khuyết Tật - SSI  
- Cấp dưỡng con/cấp dưỡng vợ/chồng - Chương trình vừa học vừa làm (đi học) - Hưu Bổng - Tiền lấy trong trương mục hưu trí - Nguồn khác (*xin giải thích*)

## Hướng Dẫn Về Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chánh/Điều Trị Nhân Đạo – bảo mật

### THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

**NÊN NHỚ:** Quý vị phải có chứng từ về thu nhập kèm theo đơn của quý vị.

Quý vị phải cho biết thông tin về thu nhập của gia đình quý vị. Thu nhập phải được kiểm chứng để xác định cho việc trợ giúp tài chánh.

**Tất cả những người trong gia đình trên 18 tuổi đều phải cho biết về thu nhập. Nếu không có chứng từ, quý vị có thể nộp bản kê có chữ ký để giải thích về thu nhập của quý vị. Vui lòng cung cấp chứng từ của mỗi nguồn thu nhập đã khai.**

**Những thí dụ về chứng từ thu nhập bao gồm:**

- Giấy "W-2" có giữ lại tiền thuế; hoặc
- Cuống phiếu lương hiện thời (*mức tối thiểu cần thiết, không quá 3 tháng*); hoặc
- Hồ sơ khai thuế thu nhập năm ngoài, kèm theo các bản liệt kê (schedules) nếu có; hoặc
- Giấy xác nhận, có chữ ký của sở làm hoặc người khác; hoặc
- Giấy chấp thuận/từ chối tình trạng đủ điều kiện được hưởng Medicaid và/hoặc trợ cấp y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Giấy chấp thuận/từ chối tình trạng đủ điều kiện được hưởng trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có chứng từ về thu nhập hoặc không có thu nhập, xin gửi kèm thêm một tờ văn bản giải thích.

### THÔNG TIN VỀ CHI TIÊU

Chúng tôi dùng những thông tin này để hiểu rõ hơn về tình trạng tài chánh của quý vị.

**Chi Tiêu Hàng Tháng Của Gia Đình:**

Tiền mướn nhà/nợ trả góp mua nhà	\$ _____	Chi tiêu về y tế	\$ _____
Tiền Đóng Bảo Hiểm	\$ _____	Tiền Ích	\$ _____
Những Khoản Nợ/Chi Tiêu Khác	\$ _____	<i>(cấp dưỡng con, tiền vay mượn, thuốc men, khoản khác)</i>	

### CÁC THÔNG TIN KHÁC

Xin kèm thêm tờ giấy khác nếu còn các thông tin về tình trạng tài chánh hiện thời mà quý vị muốn cho chúng tôi biết, như khó khăn về tài chánh, chi phí quá nhiều về y tế, thu nhập làm việc theo mùa hoặc tạm thời, hay sự mất mát của cá nhân.

### (CÁC) SỐ TÀI KHOẢN

(Các) Số tài khoản: \_\_\_\_\_

### CAM KẾT CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng CHI Franciscan Health có thể kiểm chứng các thông tin bằng cách xem xét những thông tin về tín dụng và thu thập thông tin từ những nguồn khác để hỗ trợ trong việc xác định tình trạng đủ điều kiện được hưởng trợ giúp tài chánh hoặc các kế hoạch thanh toán.

Tôi xác nhận rằng những điều khai ở trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu các thông tin về tài chánh mà tôi cung cấp được xác định là không đúng sự thật, thì tôi có thể bị từ chối trợ giúp tài chánh, và tôi có thể phải chịu trách nhiệm và phải trả tiền cho những dịch vụ đã cung cấp.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_