

Tên Bệnh nhân: _____

MRN: _____

BẠN CÓ THỂ ĐƯỢC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ: Hoàn thành đơn xin này sẽ giúp Northwestern Memorial HealthCare (NMHC) xác định liệu bạn có thể nhận được các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hoặc các chương trình công cộng khác có thể giúp chi trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn hay không.

NẾU BẠN KHÔNG CÓ BẢO HIỂM, KHÔNG CẦN SỐ AN SINH XÃ HỘI ĐỂ ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC CHĂM SÓC MIỄN PHÍ HOẶC GIẢM GIÁ.

Tuy nhiên, cần có Số An sinh Xã hội cho một số chương trình công cộng, bao gồm Medicaid. Không cần cung cấp Số An sinh Xã hội, nhưng việc cung cấp sẽ giúp bệnh viện xác định xem bạn có đủ điều kiện cho bất kỳ chương trình công cộng nào hay không. Vui lòng điền vào mẫu đơn này và đơn nó trực tiếp, qua thư, qua thư điện tử, hoặc qua fax để nộp đơn xin chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá trong vòng 240 ngày sau ngày xuất viện hoặc được chăm sóc ngoại trú. Bệnh nhân thừa nhận rằng người đó đã nỗ lực để cung cấp tất cả các thông tin yêu cầu trong đơn xin để hỗ trợ NMHC trong việc xác định xem bệnh nhân có đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính hay không.

NẾU BẠN KHÔNG CÓ BẢO HIỂM VÀ ĐÁP ỨNG CÁC TIÊU CHÍ ĐIỀU KIỆN GIẢ ĐỊNH CỤ THỂ, BẠN KHÔNG BẮT BUỘC PHẢI HOÀN THÀNH ĐƠN NÀY.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vô gia cư <input type="checkbox"/> Đã qua đời không có bất động sản <input type="checkbox"/> Mất năng lực tâm thần không có ai hành động thay mặt bệnh nhân <input type="checkbox"/> Hội đủ điều kiện Medicaid, nhưng không phải ngày cung cấp dịch vụ | <p>Đăng ký chương trình hỗ trợ cho các cá nhân có thu nhập thấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chương trình Dinh dưỡng Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC, Women, Infants and Children Nutrition Program) <input type="checkbox"/> Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program) <input type="checkbox"/> Chương trình Ăn sáng và Ăn trưa Miễn phí Illinois (LIHEAP, Illinois Free Lunch and Breakfast Program) |
|--|---|

NGƯỜI NỘP ĐƠN						
Tên người nộp đơn		Số An sinh Xã hội			Ngày sinh	
Địa chỉ Nhà		Thành phố		Tiểu bang	Zip	
Số Điện thoại Nhà		Số Điện thoại Di động		Địa chỉ Email		
Phương thức Liên hệ Ưu tiên <input type="checkbox"/> Thư Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Điện thoại Nhà <input type="checkbox"/> Điện thoại Di động <input type="checkbox"/> Tôi là người vô gia cư		Thu nhập Hộ gia đình Hàng năm				
Tình trạng Hôn nhân của Người nộp đơn <input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Góa		Số lượng Cá nhân trong Hộ gia đình bạn (như báo cáo về thuế của bạn)				
Tình trạng Việc làm <input type="checkbox"/> Làm việc <input type="checkbox"/> Làm tự do <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Thất nghiệp – Ngày làm việc gần nhất: _____						
Tên Chủ lao động				Số Điện thoại		
Địa chỉ Chủ lao động		Thành phố		Tiểu bang	Zip	
Tên của chương trình Bảo hiểm Sức khỏe được cung cấp bởi chủ lao động (bao gồm COBRA)					<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Sức khỏe không được cung cấp	

VỢ/CHỒNG/BẠN ĐỜI/CHA MẸ/NGƯỜI BẢO LÃNH (khi áp dụng)						
Mối quan hệ <input type="checkbox"/> Chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời <input type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Người bảo lãnh <input type="checkbox"/> Khác: _____						
Tên		Số An sinh Xã hội			Ngày sinh	
Tình trạng Việc làm <input type="checkbox"/> Làm việc <input type="checkbox"/> Làm tự do <input type="checkbox"/> Nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Thất nghiệp – Ngày làm việc gần nhất: _____						
Tên Chủ lao động				Số Điện thoại		
Địa chỉ Chủ lao động		Thành phố		Tiểu bang	Zip	
Tên của chương trình Bảo hiểm Sức khỏe được cung cấp bởi chủ lao động (bao gồm COBRA)					<input type="checkbox"/> Bảo hiểm Sức khỏe không được cung cấp	

Tên Bệnh nhân: _____

MRN: _____

BẢO HIỂM		
1. Bạn có được bao trả hoặc đủ điều kiện cho bất kỳ chính sách nào về bảo hiểm sức khỏe, bao gồm bảo hiểm nước ngoài, Thị trường Bảo hiểm Sức khỏe, quyền lợi của Cựu chiến binh, Medicaid và Medicare? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
a. Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau:		
Chủ hợp đồng bảo hiểm	Bên bảo hiểm	Số Chính sách
Chủ hợp đồng bảo hiểm	Bên bảo hiểm	Số Chính sách

Câu hỏi		
1. Bạn là một cư dân Illinois khi bạn được chăm sóc? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2. Bạn là một người nước ngoài cư trú tại Illinois có Visa Mỹ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
a. Nếu có, loại Visa? _____		
3. Bạn đang tìm kiếm hỗ trợ tài chính cho dịch vụ chăm sóc trong phòng cấp cứu của chúng tôi? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
4. Nếu bạn ly dị hoặc ly thân, là vợ/chồng/bạn đời cũ của bạn chịu trách nhiệm tài chính cho dịch vụ chăm sóc y tế theo thỏa thuận ly hôn hoặc ly thân? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không có		
5. Là loại điều trị được cung cấp liên quan đến bất kỳ vấn đề nào sau đây?		
<input type="checkbox"/> Tai nạn <input type="checkbox"/> Tội phạm <input type="checkbox"/> Thương tích tại nơi làm việc <input type="checkbox"/> Khác: _____		
6. Bạn đã thuê một luật sư hoặc bạn đang theo đuổi một yêu cầu bồi thường cho thương tích hoặc bệnh tật của mình? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
a. Nếu có, vui lòng cung cấp:		
_____ Tên Luật sư	_____ Số Điện thoại Luật sư	
7. Bạn đã nộp đơn xin Medicaid chưa? (<i>chúng tôi có thể yêu cầu bạn làm như vậy</i>) <input type="checkbox"/> Có – Đang chờ phê duyệt <input type="checkbox"/> Có – Không đủ điều kiện <input type="checkbox"/> Không		
a. Nếu không, vui lòng đánh dấu tất cả các mục áp dụng bên dưới:		
<input type="checkbox"/> Bạn từ 19 tuổi trở xuống <input type="checkbox"/> Bạn từ 65 tuổi trở lên <input type="checkbox"/> Bạn bị mù		
<input type="checkbox"/> Bạn đang dùng thuốc để kiểm soát bệnh tiểu đường, cao huyết áp, hoặc co giật <input type="checkbox"/> Bạn bị khuyết tật theo quyết định của Cục Quản lý An sinh Xã hội <input type="checkbox"/> Bạn đang mang thai <input type="checkbox"/> Bạn có con dưới 19 tuổi sống chung với bạn		

TÀI SẢN		
1. Bất động sản. Vui lòng cung cấp thông tin về bất kỳ bất động sản nào (<i>nhà cửa và/hoặc đất</i>) mà bạn sở hữu ngoài nơi cư trú chính của mình.		
a. Giá trị của tất cả nhà cửa và đất trừ đi số tiền còn nợ trên bất động sản là bao nhiêu?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Không có
i. Bất động sản này được sử dụng là thu nhập? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
b. Giá trị của đất (không có nhà) trừ đi số tiền còn nợ trên tài sản là bao nhiêu?	\$ _____	<input type="checkbox"/> Không có
i. Bất động sản này được sử dụng là thu nhập? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
2. Tài khoản Ngân hàng/Đầu tư. Vui lòng liệt kê tổng số dư hiện tại cho mỗi phần sau.		
a. Tài khoản Tiền gửi Thanh toán/Tiết kiệm/Tín dụng:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Không có
b. Đầu tư khác (<i>trái phiếu, cổ phiếu, v.v. không bao gồm tài khoản IRA và/hoặc hưu trí</i>):	\$ _____	<input type="checkbox"/> Không có

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn xin này là đúng và chính xác với sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi sẽ nộp đơn xin cho bất kỳ hỗ trợ nào của tiểu bang, liên bang, hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp trả tiền cho hóa đơn bệnh viện này. Tôi hiểu rằng thông tin cung cấp có thể được xác minh bởi NMHC, và tôi cho phép NMHC liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn xin này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin không đúng sự thật trong đơn xin này, hoặc nếu đơn xin khác có chứa một lỗi nghiêm trọng hoặc thiếu sót, tôi sẽ không đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính, và bất kỳ hỗ trợ tài chính cấp nào được cung cấp cho tôi có thể bị đảo ngược và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán các hóa đơn.

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính

Tên Bệnh nhân: _____

MRN: _____

Chữ ký của Người nộp đơn

Chữ ký của Vợ/Chồng/Bạn đời/Cha mẹ/Người bảo lãnh (khi áp dụng)

Ngày

Ngày

Vui lòng gửi lại đơn xin và tài liệu hỗ trợ đến:

Northwestern Memorial HealthCare

Gửi: Bộ phận Tư vấn Tài chính

675 North Saint Clair, 2-110

Chicago, IL 60611

312.926.6906 hoặc 800.423.0523 điện thoại

312.694.0447 fax

finapps@nm.org

Tên Bệnh nhân: _____

MRN: _____

Tài liệu Hỗ trợ Yêu cầu cho Hỗ trợ Tài chính

Vui lòng cung cấp tài liệu theo yêu cầu dưới đây. Đơn xin của bạn sẽ bị trì hoãn hoặc bị từ chối trong trường hợp không kèm theo bất kỳ tài liệu yêu cầu nào. Nếu bạn không thể cung cấp tài liệu, vui lòng cung cấp thư giải thích.

Tài liệu Chính:

- Tài liệu Thuế: Cung cấp tờ khai thuế liên bang gần đây nhất và W-2 hoặc Mẫu IRS 4506-T: Yêu cầu Bảng kê Tờ khai Thuế.
- ID có Ảnh Hợp lệ do Chính phủ Cấp:
 - Giấy phép lái xe, hộ chiếu, v.v.
- Giấy tờ Chứng minh Cư trú tại Illinois: Cung cấp ít nhất một trong các tài liệu sau.
 - ID có ảnh hợp lệ do tiểu bang cấp hoặc bằng lái xe
 - Hóa đơn tiện ích gần đây với một địa chỉ tại Illinois
 - Thẻ Đăng ký Cử tri IL
 - Thư hiện tại gửi đến người nộp đơn từ một cơ quan chính phủ hoặc nguồn đáng tin cậy khác
 - Thư từ nơi trú ẩn vô gia cư
- Bảng chứng về Thu nhập: Cung cấp tất cả các tài liệu hiện hành được liệt kê dưới đây.
 - Bản sao của hai séc hoặc cưỡng séc thất nghiệp gần đây nhất
 - Bản sao của hai séc hoặc cưỡng séc của chủ lao động gần đây nhất
 - Bản sao của hai séc hoặc cưỡng séc An sinh Xã hội gần đây nhất
- Bảng chứng tài sản: Cung cấp hai bản sao kê gần đây nhất của bạn cho tất cả các tài khoản tiền gửi thanh toán, tiết kiệm và tín dụng.
- Đơn xin đã hoàn thành và đã ký

Tài liệu Bổ sung/Khác:

- Bảng chứng về Thu nhập Không phải lương: Cung cấp các tài liệu hiện hành sau đây, chỉ khi bạn chưa nộp tờ khai thuế cho năm dương lịch trước đó hoặc nếu bất kỳ nguồn thu nhập nào sau đây sẽ khác nhau giữa năm dương lịch này và năm dương lịch trước đó.
 - Tuyên bố về thu nhập cấp dưỡng
 - Tuyên bố về thu nhập doanh nghiệp
 - Tuyên bố về hưu trí hoặc thu nhập lương hưu
- Nếu kết hôn hoặc trong mối quan hệ kết hợp dân sự: Cung cấp các tài liệu áp dụng sau đây về vợ/chồng/bạn đời của bạn
 - Bảng chứng thu nhập và thu nhập không lương (như mô tả ở trên)
 - Tờ khai thuế liên bang W-2 hoặc Mẫu IRS 4506-T: Yêu cầu Bảng kê Tờ khai Thuế
 - Sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản tiền gửi thanh toán, tiết kiệm và tín dụng
- Bổ sung/Khác (nếu có):
 - Nếu là công dân nước ngoài, bản sao hộ chiếu của bạn và Visa Hoa Kỳ
 - Thẻ bảo hiểm sức khỏe (vui lòng sao chép mặt trước và sau)
 - Thư chấp thuận/từ chối Medicaid
 - Thư hỗ trợ (tức là nếu chi phí sinh hoạt của bạn đang được trả bởi một bên khác)