

Ngày hôm nay _____

ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Tên của bệnh nhân _____ MRN (Mã hồ sơ bệnh án) _____

Quý vị có thể nhận được dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá.

Hoàn thành đơn này để giúp Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Memorial vùng Tây Bắc (Northwestern Memorial HealthCare - NMHC) quyết định liệu quý vị có thể nhận được:

- Các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá
- Các chương trình công khác có thể giúp chi trả cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị

Nếu quý vị không có bảo hiểm y tế: Quý vị không cần phải có Số an sinh xã hội để được chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá.

Số an sinh xã hội là bắt buộc đối với một số chương trình công, bao gồm Medicaid. Quý vị không bắt buộc phải cung cấp Số an sinh xã hội nhưng việc cung cấp sẽ giúp NMHC quyết định liệu quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình công nào hay không.

 Vui lòng hoàn thành và nộp đơn này trực tiếp hoặc qua thư, email hoặc fax, kèm theo **tất cả** các giấy tờ hỗ trợ bắt buộc. Quý vị phải nộp đơn đã điền và các giấy tờ hỗ trợ **trong vòng 240 ngày** sau khi quý vị được cho xuất viện hoặc nhận được dịch vụ chăm sóc ngoại trú.

Quý vị xác nhận rằng quý vị đã nỗ lực một cách thiện chí trong việc nộp đơn xin dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá trong vòng 240 ngày sau ngày xuất viện hoặc ngày quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc ngoại trú. Quý vị xác nhận rằng quý vị đã nỗ lực một cách thiện chí trong việc cung cấp mọi thông tin được yêu cầu trong đơn này để giúp NMHC quyết định liệu quý vị có đủ điều kiện được nhận hỗ trợ tài chính hay không.

Nếu quý vị không có bảo hiểm y tế và đáp ứng một số tiêu chí nhất định: Quý vị không cần phải điền đơn đăng ký này.

- ☐ Quý vị đang trải qua tình trạng vô gia cư.
- ☐ Bệnh nhân qua đời và không có vợ/chồng/di sản.
- ☐ Quý vị không thể tự đưa ra quyết định (mất khả năng nhận thức) và không có ai đại diện cho quý vị.
- ☐ Quý vị đủ điều kiện nhận Medicaid nhưng không có ngày thực hiện dịch vụ cụ thể.

Lựa chọn bất kỳ chương trình nào trong số các chương trình này mà quý vị đang tham gia.

- ☐ Chương trình Dinh dưỡng dành cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (WIC)
- ☐ Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP)
- ☐ Chương trình Ăn sáng và Ăn trưa Miễn phí Illinois
- ☐ Chương trình Hỗ trợ Năng lượng cho Gia đình Thu nhập thấp Illinois (LIHEAP)

Thông tin của quý vị			
Tên		Số an sinh xã hội	Ngày sinh (MM/DD/YYYY)
Địa chỉ nhà riêng	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Số điện thoại nhà riêng	Số điện thoại di động	Email	
Phương thức liên lạc ưu tiên ☐ Bưu chính Hoa Kỳ ☐ Email ☐ Điện thoại nhà riêng ☐ Điện thoại di động		☐ Tôi đang trải qua tình trạng vô gia cư	Thu nhập hàng năm của hộ gia đình
Tình trạng hôn nhân ☐ Đã kết hôn ☐ Độc thân ☐ Ly thân ☐ Ly hôn ☐ Góa chồng hoặc Góa vợ		Số người trong hộ gia đình của quý vị (theo khai báo thuế của quý vị):	
Tình trạng việc làm ☐ Đang làm việc ☐ Làm việc tự do ☐ Hưu trí ☐ Khuyết tật ☐ Thất nghiệp (ghi ngày làm việc cuối cùng) _____			
Tên Công ty		Số điện thoại	
Địa chỉ Công ty	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Tên của chương trình bảo hiểm y tế mà công ty cung cấp, bao gồm COBRA			☐ Người sử dụng của quý vị không cung cấp bảo hiểm y tế.

ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Tên của bệnh nhân _____ MRN (Mã hồ sơ bệnh án) _____

Phạm vi bảo hiểm		
Quý vị có được bảo hiểm hoặc đủ điều kiện hưởng bất kỳ hợp đồng bảo hiểm y tế nào, bao gồm:		
• Bảo hiểm y tế quốc tế/du lịch • Các chương trình của Thị trường Bảo hiểm Y tế • Quyền lợi của cựu chiến binh • Medicaid • Medicare		
☐ Có ☐ Không		
Nếu quý vị trả lời là có, xin vui lòng cho biết những thông tin sau đây:		
Tên của người đã mua chương trình bảo hiểm (chủ hợp đồng bảo hiểm):	Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng bảo hiểm
Tên của người đã mua chương trình bảo hiểm (chủ hợp đồng bảo hiểm):	Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng bảo hiểm

Vợ/Chồng, Bạn tình, Cha/Mẹ hoặc Người bảo lãnh (Nếu có)			
Mối quan hệ ☐ Vợ/Chồng ☐ Bạn tình ☐ Cha/Mẹ ☐ Người bảo lãnh ☐ Khác _____			
Tên	Số an sinh xã hội	Ngày sinh (MM/DD/YYYY)	
Tình trạng việc làm ☐ Đang làm việc ☐ Làm việc tự do ☐ Hưu trí ☐ Khuyết tật ☐ Thất nghiệp (ghi ngày làm việc cuối cùng) _____			
Tên Công ty		Số điện thoại	
Địa chỉ Công ty	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính
Tên của chương trình bảo hiểm y tế mà người sử dụng lao động cung cấp, bao gồm COBRA		☐ Người sử dụng lao động của quý vị không cung cấp bảo hiểm y tế.	

ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Tên của bệnh nhân _____ MRN (Mã hồ sơ bệnh án) _____

Bảng câu hỏi		
1. Quý vị có sống ở Illinois khi quý vị nhận được dịch vụ chăm sóc không?	☐ Có	☐ Không
2. Quý vị có phải là người ngoại quốc (không phải là công dân Hoa Kỳ) đang sống ở Illinois và có thị thực Hoa Kỳ không?	☐ Có	☐ Không
A. Nếu có, đó là loại thị thực nào? _____		
3. Quý vị có muốn được hỗ trợ tài chính cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị đã nhận được tại khoa cấp cứu của chúng tôi không?	☐ Có	☐ Không
4. Nếu quý vị đã ly hôn hoặc ly thân: Vợ/chồng/bạn tình trước đây của quý vị có chịu trách nhiệm tài chính đối với dịch vụ chăm sóc y tế theo thỏa thuận ly hôn hoặc ly thân không?	☐ KAD	☐ Có ☐ Không
5. Dịch vụ chăm sóc của quý vị có liên quan đến bất kỳ điều nào sau đây không? ☐ Tai nạn ☐ Tội phạm ☐ Thương tích tại nơi làm việc ☐ Khác _____		
6. Quý vị có từng thuê luật sư hoặc có đang đòi bồi thường cho thương tích hoặc bệnh tật của quý vị không?	☐ Có	☐ Không
A. Nếu quý vị đã trả lời là có, xin vui lòng cho biết: _____ Tên của Luật sư _____ Số điện thoại của Luật sư _____		
7. Quý vị đã nộp đơn xin Medicaid chưa? Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị làm điều đó. ☐ Có - Đang chờ phê duyệt ☐ Có - Không đủ điều kiện ☐ Không		
A. Nếu quý vị đã trả lời là không, xin vui lòng đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp: ☐ Quý vị từ 19 tuổi trở xuống. ☐ Quý vị từ 65 tuổi trở lên. ☐ Quý vị là người mù. ☐ Quý vị đang dùng thuốc để quản lý bệnh tiểu đường, huyết áp cao hoặc co giật. ☐ Quý vị bị khuyết tật theo xác định của Sở An sinh Xã hội. ☐ Quý vị đang mang thai. ☐ Quý vị đang sống cùng con dưới 19 tuổi.		

TÀI SẢN
1. Tài sản: Xin vui lòng cung cấp thông tin về bất kỳ tòa nhà hoặc đất đai nào thuộc sở hữu của quý vị nhưng không phải là nơi cư trú chính của quý vị . A. Giá trị của tất cả tòa nhà và đất đai trừ đi số tiền quý vị còn nợ trên tài sản là bao nhiêu? \$ _____ ☐ Không áp dụng I. Tài sản này có được sử dụng để kiếm tiền không? ☐ Có ☐ Không B. Giá trị của đất đai (không có tòa nhà) trừ đi số tiền quý vị còn nợ trên tài sản là bao nhiêu? \$ _____ ☐ Không áp dụng I. Tài sản này có được sử dụng để kiếm tiền không? ☐ Có ☐ Không
2. Tài khoản ngân hàng và các khoản đầu tư: Vui lòng liệt kê tổng số tiền trong mỗi mục sau. A. Các tài khoản vãng lai, tài khoản tiết kiệm và tài khoản công đoàn tín dụng: \$ _____ ☐ Không áp dụng B. Các khoản đầu tư khác, ví dụ như trái phiếu và cổ phiếu. Không bao gồm bất kỳ loại tài khoản hưu trí nào. \$ _____ ☐ Không áp dụng

Bằng cách ký tên, tôi đồng ý rằng:

- Tôi sẽ nộp đơn xin bất kỳ hỗ trợ nào của tiểu bang, liên bang hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện nhận được để giúp chi trả cho hóa đơn này.
- Thông tin trong đơn này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi hiểu rằng NMHC có thể xác nhận thông tin này.
- NMHC có thể liên hệ với các bên thứ ba để kiểm tra thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn này.

Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai sự thật, nếu đơn này có sai sót nghiêm trọng hoặc nếu có thông tin quan trọng nào bị bỏ sót thì:

- Tôi sẽ không đủ điều kiện để được nhận hỗ trợ tài chính.
- Bất kỳ hỗ trợ tài chính nào được cấp cho tôi có thể bị thu hồi.
- Tôi sẽ chịu trách nhiệm chi trả hóa đơn.

ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Tên của bệnh nhân _____ MRN (Mã hồ sơ bệnh án) _____

Giờ _____ Ngày _____ Chữ ký của Người nộp đơn _____

Giờ _____ Ngày _____

☐ Vợ/Chồng ☐ Bạn tình ☐ Cha/Mẹ/Người bảo lãnh (*khoanh tròn một lựa chọn*) Chữ ký (nếu có) _____

Xin vui lòng gửi lại đơn này sau khi đã hoàn thành cũng như bất kỳ giấy tờ hỗ trợ nào cho:

Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Memorial vùng Tây Bắc
(Northwestern Memorial HealthCare)

Người nhận: Tư vấn tài chính

675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

Số điện thoại: 312.926.6906 hoặc 800.423.0523

Fax: 312.694.0447

finapps@nm.org

ĐƠN XIN TRỢ CẤP TÀI CHÍNH

Tên của bệnh nhân _____ MRN (Mã hồ sơ bệnh án) _____

Các giấy tờ hỗ trợ bắt buộc để xin Hỗ trợ Tài chính

Đơn đăng ký của quý vị sẽ bị trì hoãn hoặc từ chối nếu quý vị không gửi kèm tất cả các giấy tờ bắt buộc. Nếu quý vị không thể cung cấp một loại giấy tờ bắt buộc nào đó, hãy bổ sung thư giải thích lý do cho việc này.

Các giấy tờ bắt buộc

Xác minh cư trú tại Illinois:

- Ít nhất **một** trong các giấy tờ sau đây:

- ☐ Bản sao CCCD hợp lệ do tiểu bang cấp
- ☐ Hóa đơn dịch vụ tiện ích nhà ở mới nhất có địa chỉ tại Illinois
- ☐ Một bản sao của thẻ đăng ký cử tri của quý vị tại Illinois
- ☐ Thư được gửi đến địa chỉ hiện tại của quý vị từ một cơ quan chính phủ hoặc nguồn đáng tin cậy khác
- ☐ Thư xác nhận từ nhà tạm trú cho người vô gia cư, nhà tạm trú hoặc cơ sở tương tự khác xác minh rằng quý vị đang sống tại cơ sở đó
- ☐ Bản sao thẻ đăng ký xe Illinois
- ☐ Giấy phép lái xe của khách tạm trú
- ☐ Hợp đồng thuê nhà
- ☐ Tuyên bố từ một thành viên gia đình cư trú tại cùng địa chỉ và xuất trình giấy tờ xác minh cư trú
- ☐ Một trong các giấy tờ được liệt kê trong phần “Giấy tờ tài chính” bên dưới

Giấy tờ tài chính:

- Ít nhất **một** trong các giấy tờ sau đây:

- ☐ Bản sao tờ khai thuế mới nhất
- ☐ Bản sao mẫu W-2 và mẫu 1099 mới nhất
- ☐ Bản sao của hai tờ ngân phiếu hoặc phiếu lương gần đây nhất của quý vị
- ☐ Bản sao của hai ngân phiếu hoặc phiếu lương thất nghiệp gần đây nhất của quý vị
- ☐ Xác minh thu nhập bằng văn bản từ người sử dụng lao động nếu được trả lương bằng tiền mặt

Nếu quý vị đã kết hôn hoặc được kết hợp dân sự (nghĩa là chung sống có đăng ký cho các cặp đôi cùng giới), vui lòng cung cấp ít nhất một trong các giấy tờ trên áp dụng cho vợ/chồng hoặc bạn tình của quý vị.

Đơn đã được hoàn thành và ký tên.

Các giấy tờ khác

- Nếu quý vị chưa nộp tờ khai thuế năm ngoài **hoặc** nếu thu nhập từ tiền cấp dưỡng, kinh doanh, hưu trí hoặc lương hưu của quý vị khác so với năm ngoài: Vui lòng cung cấp các giấy tờ không liên quan đến tiền lương phù hợp bên dưới.

- ☐ Bảng sao kê thu nhập từ cấp dưỡng
- ☐ Bảng sao kê thu nhập từ kinh doanh
- ☐ Bảng sao kê thu nhập từ hưu trí hoặc lương hưu

- Nếu quý vị là người ngoại quốc (không phải là công dân Hoa Kỳ):

- ☐ Nộp một bản sao hộ chiếu và thị thực Hoa Kỳ của quý vị