

CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Trang Bìa Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính
Bệnh viện Wentworth Douglass Hospital & Wentworth Health Partners
Số Điện thoại: 603-740-3234

Gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện tới:
 789 Central Avenue Dover NH 03820
 ATTN (Người nhận): Văn phòng Hỗ trợ Tài chính

Hỗ trợ Trực tiếp:
 Wentworth-Douglass Business Systems
 121 Broadway Avenue Dover NH 03820

Kính gửi Người đăng ký:

Bạn có thể được nhận hỗ trợ tài chính từ Bệnh viện Wentworth Douglass & Wentworth Health Partners và có thể là từ các tổ chức chăm sóc sức khỏe khác.

NH Health Access Network (Mạng lưới Tiếp cận Y tế NH) là một nhóm các bệnh viện, bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác ở New Hampshire làm việc cùng nhau để giúp đỡ trẻ em và người trưởng thành khi họ không đủ khả năng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà họ cần.

NH Health Access Network là dành cho những cá nhân có bảo hiểm. Để được hỗ trợ tài chính thông qua NH Health Access Network để thanh toán các chi phí tự trả, bảo hiểm của bạn phải đang hoạt động và được chấp nhận cũng như ở trong mạng lưới của nhà cung cấp dịch vụ. (Chương trình Medicaid Spend Down Program không phải là bảo hiểm nên những người hội đủ điều kiện hoặc đã đăng ký tham gia chương trình này sẽ không đủ điều kiện tham gia NH Health Access Network.) Nếu bạn không có bảo hiểm, nhà cung cấp dịch vụ của bạn có thể cung cấp hỗ trợ tài chính; để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với một cố vấn tài chính tại Văn phòng Kinh doanh Bệnh viện Wentworth-Douglass theo số 603-740-3234.

Cách Đăng ký

Để tìm hiểu xem bạn hoặc hộ gia đình của bạn có hội đủ điều kiện hay không, bạn phải hoàn thành đơn đăng ký và cung cấp bằng chứng về thu nhập cũng như bản sao của các tài liệu sau:

	Tài liệu chứng minh phải được nộp cùng với đơn đăng ký của bạn	Đã bao gồm
1.	Bản sao đầy đủ Tờ khai Thuế Thu nhập Liên bang gần đây nhất của bạn (Biểu mẫu 1040) và tất cả các bảng kê khai thu nhập hỗ trợ, bao gồm (các) biểu mẫu W-2 của năm ngoài <i>HOẶC Nếu bạn không khai thuế, bạn sẽ được yêu cầu ký vào Biểu mẫu 4506T. Biểu mẫu này cho phép chúng tôi liên hệ với IRS để xác minh rằng bạn không khai thuế</i> <input type="checkbox"/> <i>Đánh dấu khi Biểu mẫu 4506T đã được ký</i>	
2.	Bản sao của ba (3) cuống phiếu lương liên tiếp, gần đây nhất bất kể chu kỳ trả lương như thế nào hoặc bản kê khai của chủ lao động ở trên giấy có tiêu đề thư của công ty	
3.	Nếu là người hoạt động tự doanh, bạn cần cung cấp báo cáo lãi lỗ của 12 tháng (tính từ tháng hiện tại), bản khai thuế của năm trước không được xem xét	
4.	Nếu bạn không có thu nhập, bạn sẽ được yêu cầu ký vào một Biểu mẫu Tuyên bố Không có Thu nhập và Hỗ trợ mà chúng tôi yêu cầu để xử lý đơn đăng ký của bạn	
5.	Bản sao của ba (3) bản sao kê ngân hàng gần đây nhất (ví dụ: tài khoản tiết kiệm, tài khoản thanh toán, quỹ thị trường tiền tệ, IRA, 401K, v.v.) YÊU CẦU CUNG CẤP tất cả các tài khoản và TẤT CẢ CÁC TRANG (bao gồm cả những trang để trống) <i>a. Nếu bạn không có (các) tài khoản ngân hàng, bạn sẽ được yêu cầu ký vào một Biểu mẫu Tuyên bố Không có Tài khoản Ngân hàng mà chúng tôi yêu cầu để xử lý đơn đăng ký. Vui lòng yêu cầu biểu mẫu</i>	
6.	Bản sao của các trợ cấp thất nghiệp hoặc phúc lợi bồi thường dành cho người khuyết tật (bao gồm ngày bắt đầu)	

	Tài liệu chứng minh phải được nộp cùng với đơn đăng ký của bạn	Đã bao gồm
7.	Bản sao các phúc lợi hưu trí	
8.	Bản sao Thu nhập An sinh Xã hội {các báo cáo phúc lợi hàng năm, bản sao của Séc hoặc tiền gửi trực tiếp}	
9.	Bản sao các Thông báo Hỗ trợ của Chính phủ, bao gồm các thư của về Spend Down & Bản sao thư quyết định, phân bổ Food Stamp của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh. <i>a. Nếu không có thông báo nào, bạn sẽ được yêu cầu ký Biểu mẫu Ủy quyền cho Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh. Biểu mẫu này cho phép chúng tôi nhận thông báo từ Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh YÊU CẦU HOÀN THÀNH TẤT CẢ CÁC TRANG</i>	
10.	Bản sao Bồi thường cho Người lao động (ghi rõ ngày bị thương)	
11.	Bản sao thỏa thuận về Con cái, bằng chứng thanh toán cùng với tần suất tuanh toán, hoặc một bức thư cung cấp bằng chứng về các khoản tiền cấp dưỡng nuôi con đã trả và/hoặc đã nhận	
12.	Nếu bạn đã kết hôn nhưng đã ly thân với vợ/chồng của mình, bạn cần có một bản sao giấy tờ ly thân hợp pháp của bạn từ tòa án <i>b. Nếu bạn không tiến hành ly thân thông qua hệ thống tòa án, bạn sẽ được yêu cầu cung cấp các tuyên bố ly thân và/hoặc hợp đồng thuê nhà có công chứng</i>	

****CHÚNG TÔI CÓ THỂ IN CÁC BẢN SAO CỦA BẤT KỲ TÀI LIỆU BẰNG CHỨNG NÀO CÓ ÁP DỤNG****

Tài liệu KHÔNG được trả lại cho người nộp đơn; chúng được quét vào máy tính và tiêu hủy một cách an toàn.

Xin lưu ý rằng các thủ tục tự chọn có thể không được cân nhắc để được hỗ trợ

Vui lòng sử dụng danh sách kiểm tra này để đảm bảo rằng chúng tôi có tất cả các thông tin cần thiết để xử lý đơn đăng ký của bạn một cách nhanh chóng và chính xác. Chúng tôi có thể yêu cầu bạn cung cấp thêm thông tin, vì vậy vui lòng xác nhận rằng thông tin liên lạc mà bạn đã cung cấp là chính xác.

- Phẫu thuật Thâm mỹ
- Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF)
- Trị liệu Sinh sản Nâng cao (ART)
- Dịch vụ Nối tắt Dạ dày thiếu quyết định của người thanh toán về tính cần thiết về mặt y tế
- Các tài khoản được liên kết với một nghiên cứu
- Các hạng mục tiện lợi cho bệnh nhân bao gồm chỗ ở cao cấp và chỗ ở qua đêm dựa trên yêu cầu của bệnh nhân và thường không được chương trình bảo hiểm y tế chi trả
- Các dịch vụ không cần thiết về mặt y tế khác được lập hóa đơn theo biểu phí tự thanh toán được định trước

Thông tin bạn cung cấp được bảo mật.

Bạn sẽ tiếp tục chịu trách nhiệm về tài chính đối với bất kỳ dịch vụ nào bạn nhận được cho đến khi chúng tôi biết liệu bạn có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ hay không. Để ngăn chặn bất kỳ khoản chi phí nào bị đưa vào danh sách đòi nợ, có thể thiết lập một kế hoạch thanh toán với bộ phận thanh toán qua số 617-726-3884.

Nếu bạn không nhận được phản hồi từ chúng tôi trong vòng 30 ngày sau khi gửi lại đơn đăng ký của mình hoặc bạn cần trợ giúp để hiểu đơn này, vui lòng gọi cho Văn phòng Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi theo số (603) 740-3234 và một trong những đại diện của chúng tôi sẽ hỗ trợ bạn.

[Để xem chính sách Hỗ trợ Tài chính của Bệnh viện Wentworth-Douglass, vui lòng truy cập www.wdhospital.org; Patient Services/](http://www.wdhospital.org/Patient Services/)

ĐƠN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

1. Thông tin Bệnh nhân:

Họ	Tên	Chữ cái đầu của Tên đệm	Số An sinh Xã hội	Ngày sinh
Địa chỉ Đường phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Thời gian sống ở địa chỉ này
Địa chỉ Gửi thư	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	
Số Điện thoại	Địa chỉ Email	Chọn đáp án phù hợp:	<input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Ly thân <input type="checkbox"/> Công dân Hoa Kỳ	<input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Đã li dị <input type="checkbox"/> Cư dân NH <input type="checkbox"/> Chung sống Dân sự <input type="checkbox"/> Góa bụa

2. Người Chịu trách nhiệm Trả Hóa đơn

Họ	Tên	Chữ cái đầu của Tên đệm	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Số An sinh Xã hội
Địa chỉ nếu Khác với Địa chỉ của Bệnh nhân	Số Điện thoại	Địa chỉ Email		
Tên Công ty Bảo hiểm (của năm trước Khai Thuế)	Ngày có hiệu lực			

3. ** Vui lòng cho biết TẤT CẢ những người sống trong hộ gia đình, bao gồm cả người nộp đơn:

(Sử dụng thêm tờ giấy nếu cần)

TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN	NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	Nộp đơn Có/Không
1	BẢN THÂN			
2				
3				
4				

4. Đơn đăng ký này dành cho các dịch vụ trong tương lai hay quá khứ?

Tương lai Quá khứ (Các) ngày tiến hành Dịch vụ: _____

5. Vui lòng điền mục này nếu có người trong hộ gia đình bạn có bảo hiểm:

Bảo hiểm y tế (Chương trình/Tên), _____,
Tài khoản tiết kiệm dành cho chi phí về sức khỏe (khoanh tròn) Có Không Ai: _____
Chính sách #/ID# _____ Số tiền khấu trừ: _____
Medicare Phần A _____, Medicare Phần B _____ Nhận hỗ trợ để trả Medicare Phần B _____ Ai: _____

6. Có ai trong hộ gia đình của bạn đã đăng ký Medicaid không? Có Không Ai: _____
Nếu có và bị từ chối, vui lòng cung cấp bản sao của thông báo từ chối Medicaid.

7. Bạn đã nộp đơn xin hỗ trợ tài chính tại một cơ sở khác chưa? Có Không Nếu có thì ở đâu: _____

8. Có ai trong hộ gia đình của bạn đang mang thai không? Có Không

9. Có ai trong gia đình bạn phục vụ trong quân đội không? Có Không Ai: _____

10. Gần đây bạn có nộp đơn yêu cầu bồi thường cho người lao động hoặc tai nạn xe cơ giới không?

Có Không Ngày: _____

11. Có ai trong hộ gia đình của bạn hội đủ điều kiện nhận các trợ cấp An sinh Xã hội không?

Có Không Ai: _____

12. Có ai khác nêu tên bạn trên tờ khai thuế thu nhập của họ để đòi bồi thường không?

Có Không Ai: _____

13. THÔNG TIN HỘ GIA ĐÌNH**NGƯỜI 1**
(Bệnh nhân)**NGƯỜI 2**
(Vợ/chồng/
Người phụ thuộc)**NGƯỜI 3**
(Người phụ thuộc)**TÊN của từng thành viên trong hộ gia đình:****Tên của chủ lao động:****Thu nhập Hàng tháng Từ:**

Việc làm:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Tự doanh:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Các Tài khoản Đầu tư:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Cho thuê Bất động sản:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Thất nghiệp:

kể từ (____/____/____) kể từ (____/____/____) kể từ (____/____/____)

Về hưu:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

(An sinh Xã hội, Lương hưu, Niên kim)

Tiền cấp dưỡng cho vợ hoặc chồng cũ/Trợ cấp Nuôi

\$ _____ \$ _____ \$ _____

con:

Hỗ trợ Công cộng, Phiếu Thực phẩm:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Thu nhập khác:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Tiết kiệm và Đầu tư:

Số dư Tài khoản Thanh toán:

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Số dư Tài khoản Tiết kiệm & CD (Chứng chỉ tiền

\$ _____ \$ _____ \$ _____

gửi)

(IRAs, 403B, 401K:)

Nêu rõ: _____

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Các khoản Tiết kiệm và Đầu tư khác:

Nêu rõ: _____

\$ _____ \$ _____ \$ _____

Khác:

Ô tô: Năm sản xuất, Nhân hiệu, Mẫu?

Nhà Di động (Xe cắm trại):

Năm sản xuất, Nhân hiệu, Mẫu?

14. CÁC CHI PHÍ HỘ GIA ĐÌNH

Tiền trả Thuê nhà Hàng tháng: \$ _____ hoặc Khoản tiền trả Thế chấp \$ _____ Số dư Khoản vay Thế chấp: \$ _____

Số tiền Thuế Đất không Bao gồm trong Khoản tiền Phải trả Nêu trên: \$ _____ Giá trị Ngôi nhà: \$ _____

Bạn có Sở hữu Bất động sản nào Ngoài nơi Cư trú Chính không? Có Không

Nếu Có, Giá trị \$ _____ Số dư Thế chấp: \$ _____

Nếu bất động sản khác là một doanh nghiệp, hãy liệt kê địa chỉ: _____

Thanh toán Khoản vay Hàng tháng: \$ _____ Trả cho: _____ Dành cho: _____

Medicare Phần D được khấu trừ từ séc An sinh Xã hội: Có Không Số lượng: \$ _____

Dịch vụ tiện ích \$ _____ Bảo hiểm (Ô tô/Nhân thọ/Tài sản) \$ _____ Khác: \$ _____

Tiền cấp dưỡng cho vợ \$ _____ Phí Bảo hiểm Sức khỏe \$ _____ Khác: \$ _____

hoặc chồng cũ/Trợ cấp Nuôi con

Trông giữ trẻ em \$ _____ Các Hóa đơn Chăm sóc Sức khỏe \$ _____ Khác: \$ _____

Chi phí sinh hoạt (xăng, thực phẩm, quần áo) \$ _____ Thuốc chữa bệnh \$ _____ Khác: \$ _____

15. CHUYỂN NHƯỢNG QUYỀN – Vui lòng Đọc kỹ

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi cho phép yêu cầu thông tin khai thuế của mình. Tôi hiểu rằng cần có tờ khai thuế để xử lý đơn đăng ký này và tôi có thể cần phải cung cấp thêm thông tin trước khi có thể xác định tính hội đủ điều kiện của tôi.

Trong trường hợp tôi không tiết lộ đầy đủ, hoặc trình bày không chính xác, bất kỳ thu nhập hoặc tài sản nào, thì bất kỳ thỏa thuận nào cung cấp giảm giá chăm sóc từ thiện sẽ vô hiệu và sẽ có hiệu lực hồi tố tới ngày nợ hóa đơn. Tôi có thể phải chịu trách nhiệm cho bất kỳ/tất cả các khoản chi phí pháp lý nào trong quá trình thu nợ.

Tất cả các thành viên trưởng thành trong hộ gia đình ký tên dưới đây cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế, tài chính hoặc việc làm nào liên quan trực tiếp đến việc chăm sóc sức khỏe của họ hoặc tới khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của họ. Thông tin này có thể được tiết lộ cho bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào mà các thành viên trong hộ gia đình đã từng yêu cầu các dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc hỗ trợ tài chính. Tất cả thông tin được cung cấp sẽ được giữ bảo mật theo các điều khoản quy định liên bang HIPAA. Các thủ tục tự chọn có thể không được cân nhắc để được hỗ trợ.

Tôi đồng ý rằng tôi sẽ hoàn trả toàn bộ khoản hỗ trợ tài chính nếu tôi nhận được khoản thanh toán dưới bất kỳ hình thức nào cho các dịch vụ y tế được bao gồm trong đơn đăng ký này, ví dụ như các khoản thanh toán bảo hiểm, các khoản tiền trả từ chương trình của chính phủ, khoản tiền nhận được từ một vụ kiện hoặc bất kỳ khoản thanh toán nào khác.

Nếu tôi nhận được Hỗ trợ Tài chính, tôi đồng ý thông báo cho tổ chức nơi tôi đăng ký lần đầu tiên về bất kỳ thay đổi nào có thể ảnh hưởng đến tính hội đủ điều kiện, bao gồm các thay đổi về quy mô hộ gia đình, thu nhập và bảo hiểm y tế. Tôi hiểu rằng nếu tình hình y tế của tôi/chúng tôi thay đổi khiến tôi/chúng tôi có thể hội đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ công cộng, tôi sẽ cần nộp đơn đăng ký tham gia chương trình đó và cung cấp bằng chứng về việc đăng ký.

Chữ ký của Người đăng ký

Ngày

Chữ ký của Người cùng đăng ký

Ngày

Chữ ký của Người phụ thuộc

Ngày