



555 N. Duke St.  
P.O. Box 3555  
Lancaster, PA 17604-3555

Date

Name

Address

Address

Guarantor #:

Kính gửi Name,

Đính kèm theo đây là bản Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính của Lancaster General Health. Bước quan trọng đầu tiên là hoàn tất mẫu đơn xin này để xác định điều kiện hội đủ được hỗ trợ tài chính của gia đình quý vị.

Lancaster General Health sẽ giữ các bản sao thông tin bệnh nhân được sử dụng để xác định nhu cầu tài chính theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang. **Xin đừng quên sao chụp tất cả các hồ sơ cần thiết trước khi gửi lại cho Lancaster General Health vì chúng tôi sẽ không trả lại bản gốc của quý vị.**

Quý vị có thể nhận được hóa đơn của bệnh nhân cho đến khi đơn xin của quý vị đã được xử lý. **Vui lòng hoàn tất mọi câu hỏi trong đơn xin này và gửi lại trong vòng 14 ngày. Nếu không hoàn tất mọi câu hỏi và cung cấp đầy đủ hồ sơ, đơn xin của quý vị có thể bị từ chối.**

Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe thu tiền thanh toán cho dịch vụ chăm sóc được cung cấp, trong khi đó cũng tạo điều kiện hỗ trợ tài chính cho những người đủ điều kiện. Điều quan trọng là phải nộp đơn xin hoàn chỉnh để được xem xét vì các hóa đơn chưa thanh toán có thể được chuyển đến công ty thu hộ.

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc hoàn tất đơn xin này, vui lòng liên hệ Nhân Viên Tư Vấn Tài Chính theo số 717-544-1957. Quý vị cũng có thể tìm thấy thông tin trên trang web của chúng tôi tại địa chỉ [www.LGHealth.org/Financial-Assistance](http://www.LGHealth.org/Financial-Assistance).

Trân trọng kính chào,

Nhóm Tư Vấn Tài Chính

PHẦN SỬ DỤNG NỘI BỘ			
MRN:		CSS:	
GUAR #:		KHOA:	

### ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

*Vui lòng hoàn tất các câu hỏi trong đơn xin này. Nếu không hoàn tất các câu hỏi và cung cấp đầy đủ hồ sơ, thì việc đánh giá điều kiện hội đủ sẽ bị chậm trễ và/hoặc hỗ trợ tài chính sẽ bị từ chối. Vui lòng đánh dấu bất kỳ câu hỏi nào không phù hợp với quý vị với ‘ Không thích hợp’. là chữ “N.A.”*

#### Thông tin của bệnh nhân

Tên của Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố/Tiểu bang/Zip: \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Điện thoại hãng làm: \_\_\_\_\_

Công dân Hoa Kỳ \_\_\_\_\_ Không phải công dân Hoa Kỳ \_\_\_\_\_ Không có hồ sơ tư liệu \_\_\_\_\_

#### Người phụ thuộc:

**Xin vui lòng liệt kê vợ/chồng và tất cả người phụ thuộc dưới 18 tuổi. Bất kỳ thành viên nào trong gia đình trên 18 tuổi hiện đang học trung học phổ thông hoặc khuyết tật phải hoàn tất đơn xin riêng của mình.**

Quý vị có đang mang thai không? Có \_\_\_\_\_ Không \_\_\_\_\_

	Tên	Mối quan hệ	Ngày Sinh	Tên bảo hiểm và số ID
1.		Bản thân		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

#### Tổng thu nhập hộ gia đình hàng tháng

Lương tổng cộng (trước thuế): \_\_\_\_\_

Thu nhập An Sinh Xã Hội: \_\_\_\_\_

SSI: \_\_\_\_\_

Tiền hưu: \_\_\_\_\_

Khuyết tật khác: \_\_\_\_\_

Hỗ trợ tiền mặt: \_\_\_\_\_

Bồi thường thất nghiệp: \_\_\_\_\_

Bồi thường cho người lao động: \_\_\_\_\_

Trợ cấp nuôi con: \_\_\_\_\_

Trợ cấp vợ/chồng: \_\_\_\_\_

Khác (Vui lòng giải thích): \_\_\_\_\_

## **Tài sản**

*Liệt kê các tài khoản ngân hàng kèm theo số tài khoản và số dư. Bao gồm mọi tài khoản séc, tài khoản tiết kiệm, tài khoản đầu tư, quỹ tương hỗ, cổ phiếu và trái phiếu. Vui lòng liệt kê riêng từng mục.*

<b>Ngân hàng</b>	<b>Số tài khoản</b>	<b>Số dư</b>

Tài sản tài chính khác:

---

---

---

## **Xác minh thu nhập**

*Vui lòng gửi lại đơn xin hoàn chỉnh và hồ sơ sau đây trong vòng 14 ngày. Nếu không hoàn tất mọi câu hỏi và cung cấp đầy đủ hồ sơ, đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị có thể bị từ chối.*

Đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh và có ký tên
Tờ Khai Thuế Liên Bang hoàn chỉnh mới nhất bao gồm tất cả các bảng kê thuế và giấy tờ hỗ trợ tờ khai thuế
Một bản sao hoàn chỉnh phiếu lương 1 tháng liên tục vừa qua (4 tuần)
Bản sao hoàn chỉnh bản kê ngân hàng 1 tháng gần đây nhất cho mọi tài khoản (tất cả các trang)
Thư thất nghiệp mới nhất với số tiền phúc lợi hàng tuần.
2017 Thư chấp thuận An Sinh Xã Hội /2016 SSA-1099
Thư trợ cấp nuôi con và/hoặc hỗ trợ vợ/chồng
Nếu có người đang hỗ trợ quý vị với các nhu cầu hàng ngày bằng bất kỳ cách thức nào sau đây: <ul style="list-style-type: none"><li>• Cung cấp nơi ăn chốn ở</li><li>• Cho quý vị vay tiền</li><li>• Thanh toán tiếp cho quý vị để trang trải các chi phí</li><li>• Thay mặt quý vị thanh toán chi phí của quý vị</li></ul> Quý vị và nhân viên hỗ trợ tài chính cần hoàn tất bảng trình bày hỗ trợ trực tiếp tại văn phòng Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân tại Bệnh Viện Đa Khoa Lancaster ở Duke Street hoặc Suburban Outpatient Pavilion. Cả hai bên sẽ cần phải có ID có dán hình.
Bất kỳ thư từ nào khác: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tiền hưu</li><li><input type="checkbox"/> Hỗ trợ tiền mặt</li><li><input type="checkbox"/> Khuyết tật</li><li><input type="checkbox"/> Bồi thường cho người lao động</li><li><input type="checkbox"/> Tiền vay “phải trả khi yêu cầu”</li><li><input type="checkbox"/> Khác: _____</li></ul>
Chứng Nhận Miễn Trừ Số ECN và bất kỳ hồ sơ hỗ trợ nào xác minh trường hợp miễn trừ tham gia chương trình bảo hiểm Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe với Giá Phải Chăng

Liệt kê bất kỳ cân nhắc hỗ trợ tài chính khác hoặc thông tin liên quan có thể giúp ích khi quyết định: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Chứng nhận**

Tôi xác nhận rằng thông tin trong bản trình bày tài chính này là đúng sự thật và chính xác, tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin sai lệch nào cũng có thể dẫn đến việc tôi bị kiện tụng. Tôi hiểu rằng Lancaster General Health có quyền xác minh bất kỳ thông tin tài chính và/hoặc liên quan đến tín dụng nào có trong mẫu đơn này.

Lancaster General Health sẽ giữ các bản sao thông tin bệnh nhân được sử dụng để xác định nhu cầu tài chính theo yêu cầu của luật pháp liên bang và tiểu bang.

Tôi xác nhận thêm rằng tôi hiểu bây giờ hiện có một chương trình bảo hiểm do liên bang bắt buộc thông qua Đạo Luật Chăm Sóc Sức Khỏe với Giá Phải Chăng. Nếu không đăng ký và vẫn chưa có bảo hiểm có thể ảnh hưởng đến mức hỗ trợ tài chính do Lancaster General Health cung cấp.

**TÔI CÓ**     **TÔI KHÔNG** (Vui lòng đánh dấu chọn một) cho phép Lancaster General Health thông báo với (các) bác sĩ điều trị chính của tôi về quyết định của họ trong trường hợp yêu cầu hỗ trợ tài chính này do Sức Khỏe Tổng Quát Lancaster chấp thuận, dù một phần hay toàn bộ. Tôi hiểu rằng (các) bác sĩ điều trị chính của tôi chịu trách nhiệm về bất kỳ quyết định khước từ phí bác sĩ nào của tôi, không phải Lancaster General Health.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người chịu trách nhiệm

\_\_\_\_\_  
Ngày

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về việc hoàn tất mẫu đơn xin này, vui lòng liên hệ Nhân Viên Tư Vấn Tài Chính theo số 717-544-1957.

**Đơn xin hoàn chỉnh và hồ sơ yêu cầu phải được gửi đến Văn Phòng Thu Ngân & Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân của Lancaster General Health tại 555 N. Duke Street, Lancaster, PA hoặc gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ sau:**

**Lancaster General Health**  
**Attn: PFS, Customer Service Dept**  
**FA Program**  
**PO Box 3555**  
**Lancaster, PA 17604-3555**