

Đính kèm Đơn Xin Hỗ Trợ C: Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính



Penn Medicine
Lancaster General Health

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.

Trân trọng kính chào,

Nhóm Tư Vấn Tài Chính

Vui lòng gửi đơn hoàn thành qua thư cùng với tài liệu tới:

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

MRN: _____ CSS: _____

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Viết thông tin chính xác và gửi tài liệu thích hợp. Nếu bạn không gửi tất cả tài liệu cần thiết cùng với đơn đăng ký của mình, yêu cầu của bạn có thể bị từ chối.

Thông tin của bệnh nhân

Tên của Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____ Điện thoại: _____

Địa chỉ / Thành phố / Tiểu bang / Zip: _____

Công dân Hoa ỳ? Vâng/Không Không có hồ sơ tư liệu? Vâng/Không có thai? Vâng/Không

Tên của những người sống trong nhà	Mối quan hệ	Ngày Sinh	Tên bảo hiểm và số ID
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Gửi các bản sao sau đây

Mẫu 1040 thuế của bạn	Bảng chứng hỗ trợ cho trẻ vị thành niên và / hoặc vợ / chồng
Biên lai biên chế trong 30 ngày qua	Thư phân phối tiền mặt / SNAP
Biên nhận ngân hàng trong 30 ngày qua - Kiểm tra tài khoản - Tài khoản tiết kiệm	Bảng chứng về tình trạng khuyết tật ngắn hạn hoặc dài hạn
Thư an sinh xã hội hoặc 1099	Bảng chứng Phiếu hưu
Bảng chứng về hỗ trợ tiền tệ bao gồm nhận dạng ảnh	Bảng chứng về sự trợ giúp cho tai nạn lao động
Thư thất nghiệp	Bảng chứng về bất kỳ khoản vay nào được thanh toán theo yêu cầu

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.

Đính kèm Đơn Xin Hồ Trợ C: Đơn Xin Hồ Trợ Tài Chính

Chữ ký của người chịu trách nhiệm

Ngày