

HƯỚNG DẪN ĐĂNG KÝ HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Vui lòng gửi lại đơn đăng ký đã hoàn chỉnh và các tài liệu hỗ trợ cho:

Cedars-Sinai Medical Center
 Đơn vị Xử lý Hỗ trợ Tài chính
 Tệp 1688
 1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688

Giờ làm việc: 8:00 sáng – 4:30 chiều
 Ngày làm việc: Thứ Hai – Thứ Sáu
 Số điện thoại: 323-866-8600
 Email: Patient.Billing@cshs.org

Đơn xin Hỗ trợ Tài chính
Bao gồm Danh sách Các tài liệu Hỗ trợ Cần thiết

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính của Tổ chức. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ tới thông tin địa chỉ ở trên.

Chúng tôi đề xuất lộ trình để được hỗ trợ tài chính. Một là cách thức nộp đơn xin hỗ trợ tài chính tối đa (“Hỗ trợ Tài chính Toàn diện”) thông thường nếu quý vị đủ điều kiện nhận theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính của chúng tôi (“Chính sách”). Lộ trình thứ hai gồm các yêu cầu đăng ký rút gọn cho những bệnh nhân đang tìm kiếm hỗ trợ tài chính hạn chế (“Hỗ trợ Tài chính Hạn chế”).

Để được xem xét cho các chương trình hỗ trợ tài chính này, vui lòng hoàn thành đơn đăng ký này để giúp Tổ chức xác định xem liệu quý vị có đủ điều kiện để được giảm giá hay không. Chúng tôi không thể đảm bảo rằng mọi đơn đăng ký sẽ đủ điều kiện. Một phản hồi bằng văn bản sẽ được cung cấp cho tất cả bệnh nhân nhằm trả lời về việc chấp thuận/từ chối sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký và tài liệu hoàn chỉnh của quý vị.

Chính sách này sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết được cung cấp tại Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, các bác sĩ của khoa Cedars-Sinai với tư cách là giảng viên, các bác sĩ hoặc đội ngũ nhân sự ký thỏa thuận dịch vụ chuyên môn độc quyền với Cedars-Sinai Medical Care Foundation, các bác sĩ cấp cứu của Cedars-Sinai thuộc Community Urgent Care Medical Group, Inc., Huntington Hospital, và Huntington Health Physicians (“Tổ chức”). Các dịch vụ Tự chọn/Thẩm mỹ và bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào khác ngoài các khu vực được đề cập ở trên có thể không được bao trả trong chương trình này.

Quý vị có thể gửi đơn đăng ký đã hoàn chỉnh qua thư hoặc email. Cung cấp tất cả các tài liệu được yêu cầu bên dưới. Các tài liệu bị thiếu hoặc không đính kèm có thể gây ra sự chậm trễ hoặc từ chối hỗ trợ tài chính. Nếu không thể cung cấp tài liệu cụ thể, quý vị vui lòng cung cấp thư giải trình.

VIỆC KHÔNG THỂ CUNG CẤP TẤT CẢ THÔNG TIN THEO YÊU CẦU CÓ THỂ DẪN ĐẾN VIỆC BỊ TỪ CHỐI ĐƠN ĐĂNG KÝ.

XIN LƯU Ý: NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ BẢO HIỂM VÀ ĐÁP ỨNG TIÊU CHÍ ĐỦ ĐIỀU KIỆN CỦA MEDI-CAL CỤ THỂ, QUÝ VỊ KHÔNG CẦN HOÀN THÀNH ĐƠN ĐĂNG KÝ NÀY.

Tài liệu Chứng minh Thu nhập cho Đơn đăng ký Các Tài liệu cần Cung cấp:	Hỗ trợ Tài chính Toàn diện	Hỗ trợ Tài chính Hạn chế
Cuống phiếu lương (2 tháng trước)	Bắt buộc	Bắt buộc
Tờ khai Thuế Liên bang (năm trước). <ul style="list-style-type: none"> • Nếu không có tờ khai thuế liên bang, hãy cung cấp các mẫu đơn W2 hoặc 1099 mới nhất. • Nếu việc khai thuế liên bang bị trì hoãn do tình trạng khuyết tật tạm thời hoặc thất nghiệp, hãy cung cấp mẫu đơn xin không khai thuế. Nhận bản sao bằng cách gọi 1-800-908-9946 hoặc truy cập www.irs.gov/individuals/get-transcript (sử dụng mẫu 4506-T hoặc 4506T-EZ). 	Bắt buộc	Bắt buộc

Đơn xác nhận tình trạng thất nghiệp, an sinh xã hội hoặc khuyết tật (hai tháng trước)	Bắt buộc	Tùy chọn
Bảng sao kê ngân hàng cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và tín dụng (hai tháng trước đó và bao gồm tất cả các trang).	Bắt buộc	Tùy chọn
Giấy xác nhận tiền thuê nhà hoặc thế chấp.	Bắt buộc	Tùy chọn
Thư phản hồi đơn đăng ký Medi-Cal (chấp thuận hoặc từ chối), nếu có.	Bắt buộc	Tùy chọn

Tài liệu Vợ/chồng/Bạn đời:

- Nếu đã kết hôn hoặc chung sống đồng giới, hãy cung cấp tài liệu “Bằng chứng Thu nhập” hợp lệ liên quan đến vợ/chồng/bạn đời của quý vị. Xem danh sách tài liệu ở trên, bao gồm nhưng không giới hạn ở séc thanh toán, giấy xác nhận, tờ khai thuế liên bang, mẫu W2 hoặc 1099, mẫu đơn trì xin hoãn khai thuế, bản sao kê ngân hàng và tiền cấp dưỡng/cấp dưỡng nuôi con.

Đơn Đăng ký đã Hoàn thành:

- Đơn đăng ký đã hoàn thành phải có ngày tháng và chữ ký của người nộp đơn.

Chọn Hỗ trợ Tài chính Hạn chế hoặc Toàn diện

Những người nộp đơn xin hỗ trợ tài chính hạn chế sẽ chỉ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính với số tiền tối đa bằng một nửa số tiền sẽ được cung cấp cho (các) dịch vụ tương tự trong diện đăng ký nhận hỗ trợ tài chính đầy đủ.

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Vui lòng kiểm tra loại hỗ trợ tài chính mà quý vị muốn đăng ký:

- Hỗ trợ Tài chính Hạn chế (giới hạn, từ 0% đến 50%)
- Hỗ trợ Tài chính Toàn diện (không giới hạn, từ 0% đến 100%)

Vui lòng kiểm tra xem một trong các chương trình hoặc trải nghiệm sau có áp dụng cho người đăng ký hay không:

- Chương trình Dinh dưỡng cho Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em (Women, Infants and Children Nutrition, WIC)
- Mất khả năng về tâm thần mà không có ai hành động thay mặt cho bệnh nhân
- Chương trình Trợ cấp Dinh dưỡng Bổ sung (Supplemental Nutrition Assistance, SNAP)
- Đủ điều kiện Medi-Cal, nhưng không phải là ngày dịch vụ
- Không có nhà ở
- Đã chết mà không có di sản

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

Họ tên Bệnh nhân		Số An sinh Xã hội	Ngày sinh	
Địa chỉ nhà riêng		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
Số điện thoại nhà	Số điện thoại di động	Địa chỉ email		
Phương thức Liên lạc Ưu dùng <input type="checkbox"/> Bưu điện <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Số điện thoại nhà <input type="checkbox"/> Số điện thoại di động			Thu nhập Hộ gia đình Hàng năm: \$ _____	
Tình trạng Hôn nhân: <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã ly thân <input type="checkbox"/> Đã ly hôn <input type="checkbox"/> Ở góa <input type="checkbox"/> Bạn đời			Số lượng thành viên trong Hộ gia đình của quý vị (theo báo cáo về thuế của quý vị):	

Tình trạng Việc làm <input type="checkbox"/> Nhân viên <input type="checkbox"/> Làm tự do <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Thất nghiệp - Ngày làm việc cuối cùng: _____			
--	--	--	--

Tên của Chủ lao động		Số điện thoại	
----------------------	--	---------------	--

Địa chỉ của Chủ lao động		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
--------------------------	--	-----------	-----------	-------------

THÔNG TIN VỀ VỢ/CHỒNG/BẠN ĐỜI/PHỤ HUYNH/NGƯỜI BẢO LÃNH

Mối quan hệ với Bệnh nhân <input type="checkbox"/> Vợ/chồng <input type="checkbox"/> Bạn đời <input type="checkbox"/> Phụ huynh <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"/> Nhân viên <input type="checkbox"/> Làm tự do <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Thất nghiệp - Ngày làm việc cuối cùng: _____			
---	--	--	--

Tên của Chủ lao động		Số điện thoại	
----------------------	--	---------------	--

Địa chỉ của Chủ lao động		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
--------------------------	--	-----------	-----------	-------------

BẢO HIỂM

Quý vị đủ điều kiện tham gia bất kỳ bảo hiểm y tế nào không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin sau:			
---	--	--	--

Chủ hợp đồng	Công ty Bảo hiểm	Số hợp đồng Bảo hiểm
--------------	------------------	----------------------

Chủ hợp đồng	Công ty Bảo hiểm	Số hợp đồng Bảo hiểm
--------------	------------------	----------------------

THÔNG TIN CHI PHÍ VÀ TÀI SẢN

Thu nhập Hàng tháng Hiện tại	Bệnh nhân/Người bảo lãnh	Vợ/chồng/ Bạn đời	Tổng cộng
Tổng Mức lương	\$	\$	\$
Thu nhập ròng từ Công việc tự do	\$	\$	\$
Lãi suất và Cổ tức	\$	\$	\$
Bất động sản hoặc Tài sản cho thuê	\$	\$	\$
An sinh xã hội/Hưu trí/Khuyết tật	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng, Thanh toán Hỗ trợ	\$	\$	\$
Khác	\$	\$	\$
Tổng Thu nhập Hàng tháng	\$	\$	\$

Chi phí Sinh hoạt Thiết yếu	Bệnh nhân/Người bảo lãnh	Vợ/chồng/ Bạn đời	Tổng cộng
Tiền thuê nhà hoặc Khoản vay thế chấp	\$	\$	\$
Thuế Bất động sản	\$	\$	\$
Hóa đơn Tiện ích và Điện thoại	\$	\$	\$
Tiền cấp dưỡng, Hỗ trợ Thanh toán	\$	\$	\$
Khoản vay/Thanh toán Tiền thuê Ô tô	\$	\$	\$

Giáo dục	\$	\$	\$
Trường học/Nhà trẻ (Trẻ vị thành niên Phụ thuộc)	\$	\$	\$
Thực phẩm	\$	\$	\$
Bảo hiểm	\$	\$	\$
Chi phí Khác	\$	\$	\$
Tổng Chi phí Hàng tháng	\$	\$	\$
Nợ Y tế Hiện tại			
Nợ Y tế Hiện tại	Bệnh nhân/Người bảo lãnh	Vợ/chồng/Bạn đời	Tổng cộng
Nợ Y tế Chưa thanh toán (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Nợ Y tế Khác	\$	\$	\$
Tài sản (Loại trừ Tài khoản Hưu trí)			
Tài sản (Loại trừ Tài khoản Hưu trí)	Bệnh nhân/Người bảo lãnh	Vợ/chồng/Bạn đời	Tổng cộng
Séc/Tiết kiệm/Tài khoản Liên minh Tín dụng	\$	\$	\$
Cổ phiếu và Trái phiếu	\$	\$	\$
Thị trường Tiền tệ/Tài khoản Môi giới	\$	\$	\$
Giấy chứng nhận Tiền gửi	\$	\$	\$
Tổng Tài sản	\$	\$	\$

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn đăng ký này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý nộp đơn xin bất kỳ hỗ trợ địa phương, tiểu bang và liên bang nào mà tôi có thể đủ điều kiện, để giúp giảm bớt chi phí của bất kỳ hóa đơn bệnh viện và hóa đơn cho bác sĩ nào. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp có thể được Tổ chức xác minh và tôi cho phép họ liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không chính xác hoặc nếu đơn đăng ký có sai sót hoặc thiếu sót nghiêm trọng, tôi sẽ không còn đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu khoản hỗ trợ tài chính trước đây đã được cấp cho tôi, khoản hỗ trợ này có thể phải được hoàn lại kể từ thời điểm đó và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về số dư chưa thanh toán.

 Chữ ký của Người Đăng ký Hỗ trợ Tài chính

 Ngày

 Chữ ký của Vợ/chồng/Bạn đời/Người bảo lãnh (nếu có)

 Ngày