



Melrose-Wakefield Hospital  
Lawrence Memorial Hospital of Medford

## Đơn xin Trợ cấp Tài chính

Hallmark Health tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mỗi bệnh nhân. Hallmark Health cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua Chính sách Hỗ trợ Tài chính cho những bệnh nhân không có khả năng chi trả các dịch vụ chăm sóc y tế cấp cứu hoặc cần thiết. Hỗ trợ Tài chính Hallmark Health không có xu hướng chi trả cho dịch vụ chăm sóc không phải cấp cứu, không phải khẩn cấp. Chính sách cũng không có xu hướng cung cấp giảm giá cho việc đồng thanh toán bảo hiểm, đồng bảo hiểm hoặc giảm trừ.

Những bệnh nhân có khả năng tài chính sẽ phải chi trả cho các dịch vụ được nhận tại Hallmark Health. Tuy nhiên, quý vị vẫn có thể tiếp cận với các điều kiện đáp ứng của việc hỗ trợ tài chính. Chúng tôi thực sự khuyến khích các bệnh nhân nộp đơn xin cho các chương trình hỗ trợ của chính phủ như MassHealth, hoặc Health Safety Net trước khi nộp đơn vào Chương trình Hỗ trợ tài chính của Hallmark Health. Việc không nộp đơn cho các chương trình hỗ trợ của chính phủ mà quý vị có khả năng đáp ứng yêu cầu có thể dẫn đến việc chậm trễ hoặc từ chối với đơn của quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp làm đơn xin các chương trình hỗ trợ của chính phủ, một trong các tư vấn tài chính Hallmark Health của chúng tôi có thể giúp đỡ.

Việc quý vị có được chấp nhận trong chương trình hỗ trợ tài chính hoàn toàn phụ thuộc vào việc quý vị điền đủ và chính xác các thông tin trong Đơn xin Hỗ trợ Tài chính này.

### Hướng dẫn Nộp đơn

Tất cả các ứng đơn vui lòng hoàn thành Đơn xin Hỗ trợ Tài chính và đính kèm bản sao các giấy tờ sau đây. Việc tất cả các giấy tờ cần thiết không được gửi tới trong vòng 30 ngày có thể dẫn đến việc đơn xin bị từ chối. Vui lòng đính kèm bản sao các tài liệu được nộp vì rất tiếc là chúng sẽ không được hoàn trả.

- Hoàn thành tất cả các mục có thể trong đơn và đảm bảo ký tên vào mục tuyên thệ ở trang 4.
- Đính kèm bản sao của bằng lái xe, giấy tờ nhân thân có ảnh khác, hoặc các tài liệu xác minh nơi cư trú hiện tại của quý vị. Mọi tài liệu được nộp phải có tên và địa chỉ hiện tại của quý vị.
- Đính kèm một bản sao thẻ bảo hiểm của quý vị.
- Đính kèm mẫu xác minh thu nhập:
  - Đính kèm bản sao đơn W2 gần đây nhất hoặc bảng lương (4 bản gần nhất nếu được trả theo tuần, 2 bản gần nhất nếu được trả theo 2 tuần một)
  - Nếu có thay đổi mới nhất trong thu nhập, đính kèm tài liệu như chứng nhận thất nghiệp, chứng nhận ngân hàng/đầu tư, chứng nhận được chăm sóc dài hạn, chứng nhận lương hưu, và/hoặc chứng nhận an sinh xã hội.
  - Nếu bệnh nhân qua đời, vui lòng cung cấp bản sao giấy chứng tử và một lá thư mô tả tình trạng về đất đai.

### Tư vấn Tài chính:

Để được hỗ trợ hoàn thành đơn xin của quý vị, liên hệ **781-338-7111** để đặt lịch với một trong những nhân viên tư vấn tài chính của Hallmark Health. Tư vấn tài chính có địa điểm tại: Bệnh viện Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, tầng 1 gần lối vào phố Porter, Bệnh viện Melrose hoặc Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, gần Khoa Cấp cứu, Medford.

### Vui lòng gửi Đơn xin đã hoàn thành của quý vị tới:

Hallmark Health  
Financial Counselors  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

Phần I: Thông tin về Bệnh nhân		
Tên Bệnh nhân:		
Ngày sinh của Bệnh nhân:	Số SSN của Bệnh nhân:	Điện thoại:
Địa chỉ hiện tại:		
Thành phố:	Bang:	Mã ZIP:
Quý vị có phải công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Nếu KHÔNG, quý vị có định cư lâu dài, sinh sống hợp pháp tại Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG		
Thông tin Người nộp đơn (nếu khác với Thông tin Bệnh nhân ở trên)		
Người nộp đơn có thể là bệnh nhân hoặc là <b>người chịu trách nhiệm tài chính</b> cho bệnh nhân.		
Tên Người nộp đơn:		
Địa chỉ hiện tại của người nộp đơn:		
Thành phố:	Bang:	Mã ZIP:
Điện thoại Người nộp đơn:		
Về Hộ gia đình của Bệnh nhân		
Liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình, ngày sinh và mối quan hệ với người nộp đơn. Thành viên hộ gia đình là người có quan hệ với quý vị hoặc sống chung với quý vị cả năm với vai trò là thành viên hộ gia đình mà quý vị báo cáo trong việc hoàn thuế thu nhập.		
<b>Thành viên Hộ gia đình 1:</b>		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
<b>Thành viên Hộ gia đình 2:</b>		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
<b>Thành viên Hộ gia đình 3:</b>		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
<b>Thành viên Hộ gia đình 4:</b>		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
<b>Thành viên Hộ gia đình 5:</b>		
Ngày sinh:	Quan hệ với Bệnh nhân:	
Phần 2: Thông tin Bảo hiểm của Bệnh nhân		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có nộp đơn Medicaid trong vòng sáu (6) tháng gần đây?		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có đơn Medicaid đang xem xét hoặc đã được chấp nhận?		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Đơn Medicaid của quý vị có bị từ chối?		
<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có bảo hiểm y tế không?		
Thông tin Bảo hiểm Cơ bản:		
Tên Bảo hiểm:		
Địa chỉ Bảo hiểm:		
Chính sách/ID #:	Nhóm #:	
Tên người đăng kí:		
Ngày sinh Người đăng kí:	Quan hệ với Người đăng kí:	
Chủ sử dụng lao động của Người đăng kí:	Ngày Hiệu lực:	
Thông tin Bảo hiểm Thứ cấp		
Tên Bảo hiểm:		
Địa chỉ Bảo hiểm:		
Chính sách/ID #:	Nhóm #:	
Tên người đăng kí:	Ngày sinh Người đăng kí:	
Quan hệ với Người đăng kí:	Chủ sử dụng lao động của Người đăng kí:	
Ngày Hiệu lực:		

### Phần 3: Thu nhập Thuần Hàng tháng và Tài sản

Vui lòng điền phần này với nội dung thu nhập và tài sản của bệnh nhân và mỗi thành viên hộ gia đình được liệt kê trong Mục 1 cho những người đi làm. Vui lòng liệt kê thu nhập thuần, tức thu nhập trước thuế và giảm trừ.

	Bệnh nhân	Thành viên hộ gia đình 1	Thành viên hộ gia đình 2	Thành viên hộ gia đình 3	Thành viên hộ gia đình 4	Thành viên hộ gia đình 5
Lương/Thưởng						
Trợ cấp Thất nghiệp						
An sinh xã hội						
Hỗ trợ Nuôi con + Cấp dưỡng						
Thu nhập tự kinh doanh, sau Chi phí						
Lãi/Thu nhập Cổ tức						
Lương hưu						
IRA/Cổ/Trái phiếu						
Thu nhập Cho thuê						
Thanh toán Tín chấp						
Hỗ trợ Lao động						
Trợ cấp Cựu binh						

### Thiếu Phiếu khai Thu nhập

CÓ  KHÔNG Nếu thu nhập của gia đình là không, có ai hỗ trợ quý vị không?

Nếu quý vị trả lời là có ở phía trên, và quý vị đang được hỗ trợ tài chính bởi một người khác, vui lòng để họ hoàn thành phiếu khai và kí dưới đây.

Tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_, hiện không có thu nhập. Hiện tại tôi đang cung cấp họ thức ăn, nơi ở và quần áo cần thiết. Tôi cũng cung cấp trợ giúp tài chính với khoản tiền là \$ \_\_\_\_\_ trung bình hàng tháng.

Chữ ký người hỗ trợ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

### Tài sản Gia đình

Liệt kê thông tin bất kỳ tài khoản tiết kiệm hoặc tài khoản séc dưới đây.

Loại Tài khoản	Ngân hàng	Cân đối vào _____

### Tài khoản Đếm được khác của Gia đình

Liệt kê thông tin bất kỳ tài khoản nào quý vị có dưới đây.

Loại Tài khoản	Ngân hàng	Cân đối vào _____
Cổ phiếu/Trái phiếu		
Chứng nhận Tiền gửi		
Trái phiếu tiết kiệm Hoa Kỳ		
Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe		
Chứng nhận Tiết kiệm		
Câu lạc bộ Giảng sinh hoặc Kỳ nghỉ		
Khác		

#### Phần 4: Medical Hardship

Mục này có thể không áp dụng với quý vị. Vui lòng hoàn thành mục này nếu quý vị có hóa đơn y tế đặc biệt. Liệt kê tất cả các chi phí y tế từ Hallmark Health và nhà cung cấp khác. Có thể yêu cầu thêm tài liệu nhưng không phải lúc này.

Tên Nhà cung cấp	Tổng Chi phí Y tế	Mức thường xuyên của Chi phí này?
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm
		<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Hàng năm

#### Phần 5: TUYÊN THỆ – TẤT CẢ NGƯỜI NỘP ĐƠN PHẢI KÝ

Tất cả đương đơn **PHẢI** kí vào bản tuyên thệ dưới đây để đơn xin của họ được xem xét.

Tôi thề và xin xác nhận rằng tất cả những thông tin được khai trong mẫu biểu này là đúng sự thật, và được hoàn thành với khả năng, kiến thức và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý báo cáo cho Hallmark Health về mọi thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được khai trong mẫu biểu này có thể tác động tới khả năng đáp ứng điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của Hallmark Health của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin về tin dụng và tài chính khác của tôi có thể được tham chiếu để xác minh lời khai của tôi và khả năng đáp ứng điều kiện của chương trình. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu hỗ trợ chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Lời khai không đúng sự thật của bệnh nhân với mục đích nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được chuyển tới Văn phòng Tổng Chương lý của Massachusetts. Các bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương trình sẽ không đủ điều kiện cho Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm về tất cả các chi phí phát sinh trong Chương trình hồi tổ cho tới ngày đầu tiên mà các chi phí phát sinh trong Chương trình.

Chữ ký:

Ngày:

#### TUYÊN THỆ – CHỈ ÁP DỤNG NẾU VỢ CỦA ĐƯƠNG ĐƠN ĐANG LÀM ĐƠN

Nếu vợ của Ứng đơn cũng nộp đơn xin hỗ trợ, Vợ của Ứng đơn **PHẢI** ký vào lời tuyên thệ phía dưới để đơn xin được xem xét.

Tôi thề và xin xác nhận rằng tất cả những thông tin được khai trong mẫu biểu này là đúng sự thật, và được hoàn thành với khả năng, kiến thức và niềm tin tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý báo cáo cho Hallmark Health về mọi thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được khai trong mẫu biểu này có thể tác động tới khả năng đáp ứng điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của Hallmark Health của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin về tin dụng và tài chính khác của tôi có thể được tham chiếu để xác minh lời khai của tôi và khả năng đáp ứng điều kiện của chương trình. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu hỗ trợ chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Lời khai không đúng sự thật của bệnh nhân với mục đích nhận được hỗ trợ tài chính sẽ được chuyển tới Văn phòng Tổng Chương lý của Massachusetts. Các bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương trình sẽ không đủ điều kiện cho Chương trình và sẽ phải chịu trách nhiệm về tất cả các chi phí phát sinh trong Chương trình hồi tổ cho tới ngày đầu tiên mà các chi phí phát sinh trong Chương trình.

Chữ ký của Vợ Ứng đơn:

Ngày: