

Đơn Xin Trợ Giúp Tài Chính

MelroseWakefield Healthcare tự hào cung cấp dịch vụ chăm sóc tốt nhất cho mọi bệnh nhân. MelroseWakefield Healthcare cung cấp hỗ trợ tài chính thông qua chính sách hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân không có khả năng chi trả dịch vụ chăm sóc khẩn cấp hoặc cần thiết về mặt y tế. Trợ giúp tài chính của MelroseWakefield Healthcare không dự định chi trả cho các dịch vụ không phải cấp cứu và không khẩn cấp. Hỗ trợ cũng không dự định cung cấp các khoản giảm giá hoặc đồng chi trả bảo hiểm, đồng bảo hiểm, hoặc giảm trừ.

Những bệnh nhân có phương tiện được mong đợi là sẽ chi trả cho những dịch vụ được nhận tại MelroseWakefield Healthcare. Tuy nhiên, việc đủ điều kiện nhận trợ giúp tài chính vẫn có thể đáp ứng với trường hợp của quý vị. Bệnh nhân được khuyến khích nộp đơn xin bất kỳ chương trình trợ giúp nào của chính phủ, như MassHealth, hoặc Health Safety Net, trước khi nộp đơn vào chương trình trợ giúp tài chính của MelroseWakefield Healthcare. Việc không nộp đơn vào chương trình trợ giúp của chính phủ mà quý vị có khả năng đủ điều kiện được nhận có thể dẫn đến việc đơn xin của quý vị bị chậm trễ hoặc bị từ chối. Nếu quý vị cần trợ giúp trong việc nộp đơn các chương trình trợ giúp của chính phủ, một trong những cố vấn tài chính MelroseWakefield Healthcare của chúng tôi có thể trợ giúp.

Việc quý vị có đủ điều kiện cho các chương trình trợ giúp tài chính hay không phụ thuộc vào việc quý vị hoàn thành đầy đủ và chính xác đơn xin trợ giúp tài chính này.

Hướng Dẫn Nộp Đơn

Xin hãy điền đầy đủ thông tin trong đơn xin trợ cấp tài chính và gửi kèm các bản sao những tài liệu dưới đây của tất cả các ứng đơn. Việc không gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết trong vòng 30 ngày sẽ khiến đơn xin bị từ chối. Xin hãy đính kèm bản sao tài liệu bất kỳ được nộp vì rất tiếc là những tài liệu này sẽ không được trả lại.

- Điền tất cả các mục áp dụng trong đơn xin và đảm bảo ký tên vào tuyên bố tuyên thệ trên trang 4.
- Gửi kèm một bản sao bằng lái xe, giấy tờ nhận dạng có ảnh khác, hoặc các tài liệu xác thực địa chỉ hiện tại của quý vị. Bất kỳ tài liệu nào được nộp phải có tên và địa chỉ hiện tại của quý vị.
- Bao gồm một bản sao (những) thẻ bảo hiểm của quý vị.
- Bao gồm một số mẫu xác thực thu nhập:
 - Bao gồm một bản sao (các) bản W2 hoặc lương (4 bản nếu trả hàng tuần, 2 bản nếu trả hai tuần một) gần đây nhất
 - Nếu có thay đổi gần đây về thu nhập, bao gồm các tài liệu như xác nhận thất nghiệp, xác nhận ngân hàng/đầu tư, xác nhận chăm sóc lâu dài, xác nhận hưu trí, và/hoặc xác nhận an sinh xã hội.
- Nếu bệnh nhân đã qua đời, xin hãy cung cấp một bản sao giấy chứng tử và một bức thư nêu rõ tình trạng về bất động sản.

Cố Vấn Tài Chính:

Để được hỗ trợ điền đơn xin của quý vị, xin hãy liên hệ chúng tôi theo số máy **781-338-7111** để lên lịch hẹn với một trong những cố vấn tài chính của MelroseWakefield Healthcare. Các cố vấn tài chính tại các địa chỉ: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, trên Tầng 1 gần lối vào Porter Street tại Melrose hoặc Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, gần khoa cấp cứu tại Medford.

Xin Gửi Đơn Đã Được Điền của Quý Vị đến:

MelroseWakefield Healthcare
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

| Phần I: Thông Tin về Bệnh Nhân | | |
|---|---------------------------------------|-------------|
| Tên Bệnh Nhân: | | |
| Ngày Sinh của Bệnh Nhân: | Số An Sinh Xã Hội (SSN) của Bệnh Nhân | Điện Thoại: |
| Địa Chỉ Hiện Tại: | | |
| Thành Phố: | Tiểu Bang: | Mã Zip: |
| Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |
| Nếu KHÔNG, quý vị có phải thường trú nhân, đang sống hợp pháp tại Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG | | |
| Thông Tin của Người Nộp Đơn (nếu khác với Thông Tin của Bệnh Nhân ở trên) | | |
| Người nộp đơn có thể là bệnh nhân hoặc người chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân. | | |
| Tên Người Nộp Đơn: | | |
| Địa chỉ hiện tại của người nộp đơn: | | |
| Thành Phố: | Tiểu Bang: | Mã Zip: |
| Điện Thoại Người Nộp Đơn: | | |
| Thông Tin về Hộ Gia Đình của Bệnh Nhân | | |
| Liệt kê tất cả thành viên hộ gia đình, ngày sinh của họ và mối quan hệ với người nộp đơn. Một thành viên hộ gia đình là một cá nhân có quan hệ với quý vị hoặc sống cùng quý vị cả năm với vai trò là một thành viên hộ gia đình của quý vị mà quý vị khai trên tờ khai thuế thu nhập của quý vị. | | |
| Thành Viên Hộ Gia Đình 1: | | |
| Ngày Sinh: | Quan Hệ với Bệnh Nhân: | |
| Thành Viên Hộ Gia Đình 2: | | |
| Ngày Sinh: | Quan Hệ với Bệnh Nhân: | |
| Thành Viên Hộ Gia Đình 3: | | |
| Ngày Sinh: | Quan Hệ với Bệnh Nhân: | |
| Thành Viên Hộ Gia Đình 4: | | |
| Ngày Sinh: | Quan Hệ với Bệnh Nhân: | |
| Thành Viên Hộ Gia Đình 5: | | |
| 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 không? | | |
| <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có đơn xin Medicaid đang chờ hoặc đã được phê duyệt không? | | |
| <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Đơn xin Medicaid của quý vị có từng bị từ chối? | | |
| <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG Quý vị có bảo hiểm y tế không? | | |
| Thông Tin Bảo Hiểm Chính: | | |
| Tên Bảo Hiểm: | | |
| Địa Chỉ Cơ Quan Bảo Hiểm: | | |
| Chính Sách/ID #: | Nhóm #: | |
| Tên Người Đăng Ký: | | |
| Ngày Sinh của Người Đăng Ký: | Quan Hệ với Người Đăng Ký: | |
| Chủ Lao Động của Người Đăng Ký: | Ngày Hiệu Lực: | |
| Thông Tin Bảo Hiểm Phụ | | |
| Tên Bảo Hiểm: | | |
| Địa Chỉ Cơ Quan Bảo Hiểm: | | |
| Chính Sách/ID #: | Nhóm #: | |
| Người Đăng Ký: | Ngày Sinh của Người Đăng Ký: | |
| Quan Hệ với Người Đăng Ký: | Chủ Lao Động của Người Đăng Ký: | |
| Ngày Hiệu Lực: | | |

Phần 3: Thu Nhập Gộp Hàng Tháng và Tài Sản

Xin hãy điền thông tin vào phần này về thu nhập được nhận và tài sản của bệnh nhân và từng thành viên hộ gia đình được liệt kê trong Mục 1 với những người đi làm. Xin hãy liệt kê thu nhập gộp, tức là thu nhập trước khi đóng thuế và khấu 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 |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tiền Công/Lương/Tip | | | | | | |
| Trợ Cấp Thất Nghiệp | | | | | | |
| An Sinh Xã Hội | | | | | | |
| Trợ Cấp Nuôi Con + Trợ Cấp Vợ (Chồng) | | | | | | |
| Thu Nhập Tự Kinh Doanh, sau khi trừ Chi Phí | | | | | | |
| Lãi/Thu Nhập Cổ Tức | | | | | | |
| Lương Hưu Trí | | | | | | |
| IRA/Cổ Phần/Trái Phiếu | | | | | | |
| Thu Nhập Cho Thuê | | | | | | |
| Chi Trả của Quý Tín Thác | | | | | | |
| Trợ Cấp Việc Làm | | | | | | |
| Quyền Lợi Cựu Chiến Binh | | | | | | |

Xác Nhận Không Có Thu Nhập

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

Nếu quý vị trả lời có với câu hỏi trên, và quý vị hiện đang được một người khác hỗ trợ tài chính, xin hãy yêu cầu họ điền thông tin và ký tên vào bảng xác nhận dưới đây.

Tên Bệnh Nhân: _____, hiện tại không có thu nhập. Tôi hiện đang hỗ trợ họ thức ăn, nơi trú ngụ và bất kỳ đồ dùng quần áo cần thiết nào. Tôi cũng cho họ trợ giúp tài chính với khoản tiền \$ _____ trung bình mỗi tháng.

Chữ Ký của Người Cung Cấp Hỗ Trợ: _____ Ngày: _____

Tài Sản Hộ Gia Đình

Liệt kê thông tin về bất kỳ tài khoản giao dịch hoặc tiết kiệm nào ở dưới đây.

| Loại Tài Khoản | Tổ Chức Ngân Hàng | Số Dư vào _____ |
|----------------|-------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Tài Sản Tính Được Khác của Hộ Gia Đình

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

| Loại Tài Khoản | Tổ Chức Ngân Hàng | Số Dư vào _____ |
|--------------------------------------|-------------------|-----------------|
| Cổ Phần/Trái Phiếu | | |
| Chứng Chỉ Tiền Gửi | | |
| Trái Phiếu Tiết Kiệm Hoa Kỳ | | |
| Tài Khoản Tiết Kiệm Y Tế | | |
| Chứng Chỉ Tiết Kiệm | | |
| Giáng Sinh hoặc Câu Lạc Bộ Nghỉ Ngơi | | |
| Khác | | |

Phần 4: Medical Hardship

Mục này có thể không áp dụng với quý vị. Xin hãy điền vào mục này nếu quý vị có hoa đơn y tế đáng kể. Liệt kê tất cả chi phí dịch vụ sức khỏe của MelroseWakefield Healthcare và các nhà cung cấp khác. Có thể sẽ yêu cầu các giấy tờ, nhưng vào thời điểm này chưa cần phải cung cấp.

| Tên Nhà Cung Cấp | Tổng Chi Phí Y Tế | Mức Độ Thường Xuyên Chi Phí Phát Sinh? | | |
|------------------|-------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| | | <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 NHỮNG NGƯỜI NỘP ĐƠN PHẢI KÝ TÊN

Tất cả người nộp đơn **PHẢI** ký vào phần tuyên thệ ở dưới để đơn xin của họ được xem xét.

Tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin được liệt kê trong biểu mẫu này là sự thật, chính xác và đầy đủ theo như khả năng, hiểu biết và niềm tin cao nhất của tôi. Tôi đồng ý sẽ báo cáo cho MelroseWakefield Healthcare về bất kỳ và tất cả những thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được liệt kê trong biểu mẫu này, những nội dung có thể ảnh hưởng tới tình trạng đủ điều kiện để tôi được nhận trợ giúp tài chính tại MelroseWakefield Healthcare. Tôi hiểu rằng thông tin tin dụng và thông tin tài chính khác của tôi có thể được tham khảo để xác thực xác nhận và tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu trợ giúp chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Những tuyên bố gian lận do bệnh nhân đưa ra với mục đích được nhận trợ giúp tài chính sẽ được chuyển tiếp đến cho Văn Phòng Tổng Trưởng Lý Massachusetts Những bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương Trình sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Chương Trình và sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả tất cả các khoản phí phát sinh trong khi đăng ký trong Chương Trình có hiệu lực trở về trước tới ngày đầu tiên chi phí đó phát sinh trong Chương Trình.

Chữ Ký Người Nộp Đơn: _____

Ngày: _____

TUYÊN THỆ - CHỈ ÁP DỤNG NẾU VỢ (CHỒNG) NGƯỜI NỘP ĐƠN ĐANG NỘP ĐƠN

Nếu vợ (chồng) người nộp đơn cũng đang nộp xin trợ cấp tài chính, vợ (chồng) người nộp đơn **PHẢI** ký vào phần tuyên thệ dưới đây để đơn xin được xem xét.

Tôi xin thề và xác nhận rằng tất cả các thông tin được liệt kê trong biểu mẫu này là sự thật, chính xác và đầy đủ theo như khả năng, hiểu biết và niềm tin cao nhất của tôi. Tôi đồng ý sẽ báo cáo cho MelroseWakefield Healthcare về bất kỳ và tất cả những thay đổi trong thu nhập, nguồn tài chính hoặc thông tin khác được liệt kê trong biểu mẫu này, những nội dung có thể ảnh hưởng tới tình trạng đủ điều kiện để tôi được nhận trợ giúp tài chính tại MelroseWakefield Healthcare. Tôi hiểu rằng thông tin tin dụng và thông tin tài chính khác của tôi có thể được tham khảo để xác thực xác nhận và tình trạng đủ điều kiện tham gia chương trình của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có ba mươi (30) ngày để nộp các tài liệu trợ giúp chính xác và cần thiết để được xem xét giảm giá.

Những tuyên bố gian lận do bệnh nhân đưa ra với mục đích được nhận trợ giúp tài chính sẽ được chuyển tiếp đến cho Văn Phòng Tổng Trưởng Lý Massachusetts Những bệnh nhân khai man trong đơn xin Chương Trình sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Chương Trình và sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả tất cả các khoản phí phát sinh trong khi đăng ký trong Chương Trình có hiệu lực trở về trước tới ngày đầu tiên chi phí đó phát sinh trong Chương Trình.

Chữ Ký Vợ (Chồng) Người Nộp Đơn: _____

Ngày: _____