

## Hướng Dẫn Điền Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính/Chăm Sóc Nhân Đạo

Đây là một đơn xin hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc nhân đạo) tại Seattle Cancer Care Alliance (Hiệp Hội Chăm Sóc Ung Thư Seattle hay SCCA).

**Tiểu bang Washington yêu cầu tất cả các bệnh viện phải cung cấp hỗ trợ tài chính** cho người dân và các gia đình đáp ứng được những yêu cầu nhất định về thu nhập. Quý vị có thể hội đủ điều kiện hưởng sự chăm sóc miễn phí hay được giảm giá căn cứ vào số người và thu nhập của gia đình quý vị, thậm chí cho dù quý vị đang có bảo hiểm sức khỏe. Để biết thêm thông tin, hãy liên lạc với Revenue Cycle Customer Service Department (Phòng Dịch Vụ Khách Hàng Về Chu Kỳ Doanh Thu) của chúng tôi theo số (206) 606-6226 hoặc gọi số miễn phí (800) 304-1763, thứ Hai đến thứ Sáu từ 7:30 sáng – 4 giờ chiều (Giờ Thái Bình Dương).

**Chương trình hỗ trợ tài chính sẽ bao trả những gì?** Tùy thuộc vào các điều kiện của quý vị, chương trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện sẽ bao trả những dịch vụ phù hợp mà SCCA cung cấp tại bệnh viện. Chương trình hỗ trợ tài chính có thể không bao trả cho tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, trong đó có các dịch vụ do những tổ chức khác cung cấp.

**Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để điền đơn này:** Vui lòng gọi phòng Revenue Cycle Customer Service Department của SCCA theo số (206) 606-6226 hoặc gọi số miễn phí (800) 304-1763. Quý vị có thể yêu cầu được trợ giúp vì bất cứ lý do gì, ví dụ như có vấn đề khuyết tật hay cần hỗ trợ ngôn ngữ.

**Để đơn xin của quý vị được xem xét, quý vị phải:**

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị**  
Điền vào số thành viên gia đình đang sống trong gia hộ của quý vị (gia đình bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, kết hôn, hoặc nhận con nuôi mà đang sinh sống cùng với nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước khi trừ thuế và các khoản khấu trừ khác)**
- Cung cấp giấy tờ chứng minh cho thu nhập gia đình và tài sản kê khai**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần**
- Ký và điền ngày vào mẫu đơn**

**Ghi chú:** Quý vị không phải cung cấp số An Sinh Xã Hội để xin hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị cung cấp số An Sinh Xã Hội của mình thì sẽ giúp chúng tôi xem xét đơn xin nhanh hơn. Số An Sinh Xã Hội được dùng để xác minh thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi. Nếu không có Số An Sinh Xã Hội, quý vị chỉ cần viết “not applicable” (không áp dụng) hay “NA.”

**Vui lòng gửi đơn đã điền đầy đủ cùng tất cả giấy tờ cho chuyên viên cố vấn tài chính về địa chỉ:**

SEATTLE CANCER CARE ALLIANCE  
PATIENT FINANCIAL SERVICES  
825 Eastlake Ave E  
MS G1030  
Seattle, WA 98109  
Email: [fincounsel@seattlecca.org](mailto:fincounsel@seattlecca.org)  
Fax: (206) 606-1271

Nhớ giữ lại một bản sao cho quý vị.

Trong vòng 14 ngày lịch sau khi nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh cùng với các giấy tờ chứng minh thu nhập, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định cuối cùng về việc hội đủ điều kiện cũng như quyền kháng cáo, nếu có.

Bằng việc gửi đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi kiểm tra lại nếu cần thiết để xác nhận các thông tin và trách nhiệm tài chính.

**Chúng tôi muốn giúp đỡ. Vui lòng nộp ngay đơn xin của quý vị!**

## Mẫu Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính/Chăm Sóc Nhân Đạo

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin. Nếu mục nào không áp dụng cho quý vị, hãy điền "NA."  
Đánh kèm thêm trang nếu cần.

### THÔNG TIN CƠ BẢN

Quý vị có cần thông dịch viên không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b> <i>Nếu Có, hãy cho biết ngôn ngữ muốn dùng:</i>
Bệnh nhân có làm đơn xin hưởng Medicaid không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b> <i>Quý vị có thể được yêu cầu làm đơn xin hưởng Medicaid trước khi được xem xét hỗ trợ tài chính</i>
Bệnh nhân có nhận được các chương trình trợ cấp của tiểu bang như là TANF, Basic Food, hay WIC không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Hiện tại bệnh nhân có phải là người vô gia cư không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>
Có phải nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến một vụ tai nạn ô tô hay tai nạn lao động không? <input type="checkbox"/> <b>Có</b> <input type="checkbox"/> <b>Không</b>

### XIN LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ tài chính dù cho quý vị đã làm đơn xin.
- Sau khi quý vị gửi đơn xin, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả các thông tin và có thể yêu cầu quý vị bổ sung thông tin hay bằng chứng về thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày lịch kể từ ngày chúng tôi nhận được đơn xin hoàn chỉnh và các giấy tờ kèm theo của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị biết về việc có hội đủ điều kiện hưởng hỗ trợ hay không.

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Giới tính khác (cho biết cụ thể _____)	Ngày sinh	Số An Sinh Xã Hội của bệnh nhân* <small>*xem ghi chú ở trang 1 về số An Sinh Xã Hội</small>
Người chịu trách nhiệm trả hóa đơn	Quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh
		Số An Sinh Xã Hội* <small>*xem ghi chú ở trang 1 về số An Sinh Xã Hội</small>
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm trả hóa đơn <input type="checkbox"/> <b>Có việc làm</b> (ngày được tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> <b>Thất nghiệp</b> (thất nghiệp trong bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> <b>Tự kinh doanh</b> <input type="checkbox"/> <b>Học sinh/Sinh viên</b> <input type="checkbox"/> <b>Khuyết tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Nghỉ hưu</b> <input type="checkbox"/> <b>Tình trạng khác</b> (_____)		
Địa chỉ gửi thư	Địa chỉ thường trú (nếu khác với địa chỉ gửi thư)	
_____	_____	
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
_____	_____	_____
Quốc gia	Quốc gia	
_____	_____	
Thông tin liên lạc		
Địa chỉ email: _____		
(Các) số liên lạc chính:		
Nhà ( ) _____	Di động ( ) _____	Công sở ( ) _____

**Thông tin về tình trạng cư trú**

Theo quy định của chính sách SCCA, chương trình Hỗ Trợ Tài Chính chỉ dành cho các cư dân của Tiểu Bang Washington nhưng những người không phải cư dân có thể hội đủ điều kiện cho các chương trình hay trợ giúp tài chính khác.

Quý vị đã sống ở Tiểu Bang Washington trong bao lâu? \_\_\_\_\_

Quý vị định sống ở Tiểu Bang Washington trong bao lâu? \_\_\_\_\_

Nếu quý vị chỉ mới sống ở Washington dưới 1 năm thì tại sao quý vị đến tiểu bang này?

---



---



---

**THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH**

Liệt kê tên các thành viên gia đình trong gia hộ của quý vị, kể cả quý vị. "Gia đình" bao gồm những người có quan hệ ruột thịt, kết hôn, hoặc nhận con nuôi mà đang sinh sống cùng với nhau.

**SỐ NGƯỜI TRONG GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_

*đính kèm thêm trang nếu cần*

Tên, họ	Ngày sinh	Quan hệ với bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên (các) chủ thuê lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng nộp đơn xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Phải khai báo thu nhập của tất cả thành viên trưởng thành trong gia đình. Ví dụ, các nguồn thu nhập bao gồm:**

- Tiền lương - Tiền thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường lao động - Tiền khuyết tật
- Trợ cấp an sinh (SSI) - Tiền cấp dưỡng con hay vợ/chồng cũ - Các chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Tiền rút từ trương mục hưu trí
- Nguồn khác (*vui lòng giải thích* \_\_\_\_\_)

**THÔNG TIN VỀ THU NHẬP**

**HÃY NHỚ:** Quý vị phải gửi kèm bằng chứng về thu nhập cùng với đơn xin của quý vị.

Quý vị phải cung cấp thông tin thu nhập của từng thành viên gia đình có tên trên đây. Chúng tôi phải xác minh thu nhập trước khi quyết định đơn xin hỗ trợ tài chính.

**Mọi thành viên gia đình từ 18 tuổi trở lên đều phải khai báo thu nhập. Nếu quý vị không thể cung cấp giấy tờ chứng minh thì có thể nộp bản khai có chữ ký để mô tả thu nhập của mình. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mỗi nguồn thu nhập được nêu trong mẫu đơn này.**

**Các ví dụ về bằng chứng thu nhập bao gồm:**

- Mẫu "W-2" báo cáo các khoản khấu trừ; hoặc
- Phiếu trả lương hiện tại (*trong vòng 3 tháng*); hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập năm trước, gồm cả các mẫu biểu khai thuế nếu có; hoặc
- Văn bản có chữ ký từ chủ thuê lao động hoặc những người khác; hoặc
- Thông báo chấp nhận/từ chối hội đủ điều kiện hưởng Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Thông báo chấp nhận/từ chối hội đủ điều kiện hưởng tiền thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm thêm một trang giải thích điều này.

### THÔNG TIN VỀ CHI PHÍ

*Chúng tôi sử dụng thông tin này để tìm hiểu rõ hơn tình trạng tài chính của quý vị.*

#### Chi Phí Gia Hộ Hàng Tháng:

Tiền thuê nhà/trả nợ tiền nhà \$ \_\_\_\_\_ Chi phí y tế \$ \_\_\_\_\_  
 Phí bảo hiểm \$ \_\_\_\_\_ Các tiện ích công cộng \$ \_\_\_\_\_  
 Các khoản nợ/chi phí khác \$ \_\_\_\_\_ (tiền cấp dưỡng con, các khoản vay, thuốc men, chi phí khác)

### THÔNG TIN VỀ TÀI SẢN

*Thông tin này có thể được sử dụng nếu thu nhập của quý vị đạt trên 300% Chuẩn Nghèo Liên Bang.*

Số dư trương mục vãng lai hiện tại  
\$ \_\_\_\_\_  
 Số dư trương mục tiết kiệm hiện tại  
\$ \_\_\_\_\_

Gia đình quý vị có những tài sản khác nêu dưới đây không?

**Vui lòng đánh dấu tất cả các ô phù hợp và cung cấp giấy tờ chứng minh**

- Cổ phiếu     Trái phiếu     401K     (Các) trương mục tiết kiệm chăm sóc sức khỏe     (Các) quỹ tín thác  
 Bất động sản (trừ nhà ở chính)     Sở hữu một cơ sở kinh doanh

### THÔNG TIN BỔ SUNG

Vui lòng đính kèm thêm trang nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, chẳng hạn như những khó khăn tài chính, chi phí y tế quá cao, thu nhập theo mùa hoặc tạm thời, hoặc mất mát cá nhân.

### THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng SCCA có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tin dụng hay thu thập thông tin từ các nguồn khác để giúp quyết định việc hội đủ điều kiện hưởng chương trình hỗ trợ tài chính hay chương trình trả góp.

Tôi khẳng định rằng các thông tin trên đây là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu các thông tin tài chính mà tôi khai ra được xác định là sai thì có thể dẫn đến việc bị từ chối hỗ trợ tài chính, và tôi có thể phải chịu trách nhiệm và phải trả chi phí cho các dịch vụ được cung cấp.

Chữ Ký của Người Làm Đơn Xin \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_