

Hướng Dẫn Mẫu Đơn Đăng Ký Nhận Trợ Cấp Tài Chính

Đây là đơn xin trợ cấp tài chính (còn được gọi là chăm sóc nhân đạo) tại Fred Hutchinson Cancer Center.

Bang Washington yêu cầu tất cả các bệnh viện phải trợ cấp tài chính cho những đối tượng và gia đình đáp ứng yêu cầu thu nhập nhất định. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá dựa trên quy mô gia đình và thu nhập của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Fred Hutchinson Cancer Center sẽ Trợ Cấp Tài Chính cho bất kỳ bệnh nhân/người bảo lãnh nào có tổng thu nhập hộ gia đình lên đến 300% Mức Nghèo Khó Liên Bang (FPL) với chiết khấu 100%. Đối với thời điểm sau ngày 1 tháng 7 năm 2022, ngưỡng của Fred Hutchinson Cancer Center sẽ mở rộng thành:

- 301-350% FPL để nhận được chiết khấu 75% và bệnh nhân có trách nhiệm chi trả 25% còn lại
- 351-400% FPL để nhận được chiết khấu 50% và bệnh nhân có trách nhiệm chi trả 50% còn lại

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ Đại Diện Quản Lý Tài Khoản Bệnh Nhân của chúng tôi theo số (206) 606-6226 hoặc số điện thoại có cước gọi miễn phí (800) 304-1763, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 7:30 sáng - 4:00 chiều (Giờ Thái Bình Dương).

Trợ cấp tài chính bao gồm những gì? Trợ cấp tài chính của bệnh viện bao gồm các dịch vụ phù hợp được thực hiện tại bệnh viện do Fred Hutchinson Cancer Center cung cấp tùy thuộc vào tiêu chí đủ điều kiện của quý vị. Trợ cấp tài chính có thể không bao gồm tất cả chi phí chăm sóc sức khỏe, kể cả các dịch vụ do tổ chức khác cung cấp.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để hoàn thành đơn đăng ký này: Xin gọi Đại Diện Quản Lý Tài Khoản Bệnh Nhân của chúng tôi theo số (206) 606-6226 hoặc số điện thoại miễn phí (800) 304-1763. Quý vị có thể được hỗ trợ dù là vì bất kỳ lý do gì, bao gồm trợ giúp về tình trạng khuyết tật và vấn đề ngôn ngữ.

Để chúng tôi có thể tiến hành xử lý đơn đăng ký của quý vị, quý vị phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình mình**
Hãy điền số lượng thành viên gia đình trong hộ gia đình quý vị (bao gồm những người có quan hệ họ hàng với nhau qua huyết thống, kết hôn hoặc nhận con nuôi và hiện đang sinh sống cùng nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin và tài liệu về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)**
- Khai báo tài sản**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần**
- Ký và điền thời gian vào mẫu đơn**

Lưu ý: Quý vị không bắt buộc phải cung cấp Số An Sinh Xã Hội để xin trợ cấp tài chính. Nhưng nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi Số An Sinh Xã Hội của mình thì điều đó sẽ giúp chúng tôi tăng tốc độ xử lý đơn đăng ký của quý vị. Số An Sinh Xã Hội được sử dụng để xác minh thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có Số An Sinh Xã Hội, vui lòng đánh dấu “không áp dụng” hoặc “NA”.

Hãy gửi đơn đăng ký đã hoàn chỉnh của quý vị cùng với tất cả tài liệu cho nhân viên tư vấn tài chính tại:

FRED HUTCHINSON CANCER CENTER
FINANCIAL COUNSELING
825 Eastlake Ave E
MS G3-650
Seattle, WA 98109
Email: Fincounsel@seattlecca.org
FAX: (206)606-1271

Vui lòng lưu lại một bản sao của đơn xin trợ cấp tài chính cho chính quý vị.

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị về quyết định cuối cùng liên quan đến tính đủ điều kiện và quyền khiếu nại, nếu có, trong vòng 14 ngày theo lịch kể từ khi nhận được đơn xin trợ cấp tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả tài liệu về vấn đề thu nhập.

Bằng cách gửi đơn xin trợ cấp tài chính, nghĩa là quý vị đã đồng ý cho chúng tôi thực hiện những yêu cầu cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ và thông tin tài chính.

Chúng tôi muốn trợ giúp cho quý vị. Vui lòng nhanh chóng nộp đơn đăng ký của mình!
Quý vị có thể nhận được hóa đơn khi đơn đăng ký của quý vị đang trong quá trình chờ xử lý. Fred Hutchinson Cancer Center và UW Medicine có thể chia sẻ thông tin nếu cần để giúp bệnh nhân tìm kiếm dịch vụ chăm sóc tại cả hai cơ sở (trong vòng 90 ngày kể từ ngày hoàn thành đơn đăng ký). Thời gian phê duyệt cho mỗi cơ sở có thể khác nhau.

Mẫu Đơn Đăng Ký Nhận Trợ Cấp Tài Chính

Vui lòng điền đầy đủ thông tin. Nếu không áp dụng, hãy điền "NA". Đính kèm trang bổ sung nếu cần.

THÔNG TIN KIỂM TRA SÀNG LỌC

Quý vị cần phiên dịch viên? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Nếu Có, hãy liệt kê ngôn ngữ ưu tiên:</i>
Bệnh nhân đã nộp đơn xin Medicaid chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <i>Quý vị có thể được yêu cầu nộp đơn đăng ký trước khi chúng tôi xem xét trợ cấp tài chính</i>
Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như TANF, Basic Food hoặc WIC không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Bệnh nhân hiện là người vô gia cư? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nhu cầu chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc tai nạn lao động không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

XIN VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính, ngay cả khi quý vị đã nộp đơn.
- Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và yêu cầu thêm thông tin hoặc giấy tờ chứng minh thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày theo lịch sau khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký và tài liệu hoàn chỉnh của quý vị, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu quý vị đủ điều kiện để được trợ cấp.

THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI LÀM ĐƠN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (có thể nêu rõ _____)	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội Của Bệnh Nhân* <small>*xem ghi chú về Số An Sinh Xã Hội trên trang 1</small>
Người Chịu Trách Nhiệm Thanh Toán Hóa Đơn	Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân	Ngày Sinh
		Số An Sinh Xã Hội* <small>*xem ghi chú về Số An Sinh Xã Hội trên trang 1</small>
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Có việc làm (ngày được thuê: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thời gian thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> Tự kinh doanh <input type="checkbox"/> Sinh viên <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Về hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)		
Địa Chỉ Gửi Thư	Địa Chỉ Thường Trú (nếu khác với Địa Chỉ Gửi Thư)	
_____	_____	
Thành Phố	Bang	Mã Bưu Chính
_____	_____	_____
Quốc Gia	Quốc Gia	
_____	_____	
Thông Tin Liên Hệ		
Địa Chỉ Email: _____		
(Các) số điện thoại liên hệ chính:		
Nhà () _____	Di Động () _____	Công Ty () _____

Thông Tin Cư Trú

Trợ Cấp Tài Chính sẽ chỉ dành cho cư dân của Tiểu Bang Washington theo quy định chính sách của chúng tôi, tuy nhiên, các đối tượng không cư trú vẫn có thể đủ điều kiện tham gia chương trình hoặc nhận trợ cấp tài chính khác.

Quý vị đã sống ở Tiểu Bang Washington bao lâu rồi? _____

Quý vị dự định sống ở Tiểu Bang Washington trong bao lâu? _____

Nếu quý vị chỉ sinh sống tại WA dưới 1 năm, tại sao quý vị lại đến tiểu bang?

THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Hãy liệt kê các thành viên gia đình trong hộ gia đình của quý vị, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" ở đây bao gồm những người có quan hệ họ hàng với nhau qua huyết thống, kết hôn hoặc nhận con nuôi và hiện đang sinh sống cùng nhau.

QUY MÔ GIA ĐÌNH _____

Đánh kèm trang bổ sung nếu cần

Tên	Ngày Sinh	Mối Quan Hệ Với Bệnh Nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên (những) người sử dụng lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Có đang xin trợ cấp tài chính không?
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không
					Có/Không

Tất cả thu nhập của các thành viên trưởng thành trong gia đình phải được kê khai. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:

- Tiền lương
- Trợ cấp thất nghiệp
- Tiền tự kinh doanh
- Tiền đền bù tai nạn cho công nhân
- Trợ cấp cho người khuyết tật
- SSI
- Tiền hỗ trợ con cái/vợ/chồng
- Trợ cấp cho chương trình vừa học vừa làm (sinh viên)
- Lương hưu
- Tiền phân bổ tài khoản hưu trí
- Khác (vui lòng giải thích _____)

THÔNG TIN VỀ THU NHẬP

VUI LÒNG GHI NHỚ: Quý vị phải đánh kèm giấy tờ chứng minh thu nhập trong đơn đăng ký của mình.

Quý vị phải cung cấp mức thu nhập của các thành viên gia đình được liệt kê ở trên. Để xác định trợ cấp tài chính, chúng tôi cần phải xác minh thu nhập.

Tất cả các thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải kê khai mức thu nhập. Nếu quý vị không thể cung cấp tài liệu này, quý vị có thể nộp bản kê khai mô tả thu nhập của mình kèm chữ ký. Vui lòng cung cấp giấy tờ chứng minh cho mọi nguồn thu nhập mà quý vị xác định.

Ví dụ về giấy tờ chứng minh thu nhập bao gồm:

- Giấy báo lương "W-2"; hoặc
- Cuống phiếu lương (3 tháng) gần nhất; hoặc
- Tờ khai thuế thu nhập của năm ngoái, bao gồm bản kê thu nhập nếu có; hoặc
- Báo cáo tài chính bằng văn bản, có chữ ký của người sử dụng lao động hoặc những người khác; hoặc
- Văn bản chấp thuận/từ chối tính đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Văn bản chấp thuận/từ chối tính đủ điều kiện để được hưởng trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có giấy tờ chứng minh thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đánh kèm trang bổ sung với phần giải thích.

THÔNG TIN VỀ CHI PHÍ

Chúng tôi sử dụng thông tin này để có cái nhìn tổng quan toàn diện hơn về tình hình tài chính của quý vị.

Chi Phí Hàng Tháng Của Hộ Gia Đình:

Chi Phí Đi Thuê/Thế Chấp	\$ _____	Chi Phí Y Tế	\$ _____
Phí Bảo Hiểm	\$ _____	Tiện Ích	\$ _____
Các Khoản Nợ/Chi Phí Khác	\$ _____	<i>(hỗ trợ nuôi con, cho vay, thuốc men, các khoản khác)</i>	

THÔNG TIN VỀ TÀI SẢN

Thông tin này có thể được sử dụng nếu thu nhập của quý vị trên 400% so với Các Quy Định Hướng Dẫn của Liên Bang về Diện Nghèo Khó.

Số dư tài khoản thanh toán hiện tại

\$ _____

Số dư tài khoản tiết kiệm hiện tại

\$ _____

Gia đình quý vị có sở hữu những tài sản này không?

Vui lòng chọn tất cả các câu phù hợp và đính kèm giấy tờ chứng minh

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cổ Phiếu | <input type="checkbox"/> Trái Phiếu | <input type="checkbox"/> 401K |
| <input type="checkbox"/> (Các) Tài Khoản Tiết Kiệm Cho Sức Khỏe | <input type="checkbox"/> Quỹ Tín Thác | |
| <input type="checkbox"/> Bất động sản (không bao gồm nhà ở chính) | <input type="checkbox"/> Sở hữu một doanh nghiệp | |

THÔNG TIN BỔ SUNG

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

CAM KẾT CỦA BỆNH NHÂN

Tôi hiểu rằng **Fred Hutchinson Cancer Center** và **UW Medicine** có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tín dụng và lấy thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ xác định tính đủ điều kiện nhận trợ cấp tài chính hoặc chương trình thanh toán.

Tôi xác nhận rằng thông tin trên đây là đúng và chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu nếu thông tin tài chính mà tôi cung cấp được xác định là sai thì tôi sẽ bị từ chối trợ cấp tài chính, đồng thời phải chịu trách nhiệm cũng như phải trả tiền cho các dịch vụ được cung cấp.

 Chữ Ký Của Người Nộp Đơn

 Ngày