

Chúng tôi sẽ xem xét và cân nhắc thu nhập tài chính của hộ gia đình cho các dịch vụ có thể được giảm giá. Điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính phụ thuộc vào một số điều, bao gồm nhưng không giới hạn ở tình trạng việc làm, mức thu nhập và số người phụ thuộc mà đương đơn có thể có. Để nộp đơn, bạn phải cung cấp một số giấy tờ nhất định từ mỗi loại trong danh sách dưới đây. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập website của chúng tôi www.noehospital.org/patients-visitors/financial-assistance.

Giấy Tờ Xác Minh Danh Tính Được Chấp Nhận (Phải Mang Theo 1)

- Giấy Phép Lái Xe Hợp Lệ
- Thẻ Nhận Dạng Hợp Lệ
- Thẻ Ra Vào Cơ Sở LCMC có Ảnh
- Thẻ Hợp Tại LCMC Có Ảnh Còn Hiệu Lực
- Thẻ Cư Trú của Ngoại Kiều (Mẫu 1-551)
- Thẻ Xanh Cư Trú của Ngoại Kiều (Mẫu 1-688) Hộ Chiếu Hợp Lệ
- Thẻ Nhận Dạng Quân Sự

GIẤY TỜ XÁC MINH CƯ TRÚ ĐƯỢC CHẤP NHẬN

- Giấy Phép Lái Xe Hợp Lệ của Louisiana
- Thẻ Nhận Dạng Hợp Lệ của Louisiana
- Hóa Đơn Tiện Ích gần đây thể hiện tên và địa chỉ và/hoặc giấy biên nhận Tiện Ích thể hiện tên và địa chỉ
- Medicaid hiện tại hoặc Thư Xác Nhận Tư Cách Nhận Trách Nhiệm
- Thư Xác Nhận từ An Sinh Xã Hội mới nhất, séc và/hoặc bản in
- Thư Hỗ Trợ Bên Thứ Ba với Hóa Đơn Tiện Ích mới nhất (Chiếu Sáng, Gas, Nước Hoặc Điện Thoại (Điện Thoại Cố Định hoặc Điện Thoại Nhà))
- Học bạ mới nhất có xác nhận địa chỉ
- Bảng kê hóa đơn mới nhất hay thư công việc từ Tiểu Bang/Hạt/Thành Phố
- Hợp đồng thuê mới nhất và/hoặc thư xác minh có tiêu đề thư ghi rõ địa chỉ
- Thẻ Đăng Ký của Cử Tri
- Đăng Ký Xe

Các Mục Xác Minh Người Phụ Thuộc Được Chấp Nhận (Bao gồm Vợ/Chồng là Người Phụ Thuộc)

- Thư Xác Nhận Điều Kiện Nhận Medicaid mới nhất
- Thẻ An Sinh Xã Hội
- Giấy Khai Sinh
- Tờ Khai Thuế Thu Nhập Cá Nhân của Năm Trước
- Hồ Sơ Giám Hộ hoặc giấy tờ về Người Giám Hộ Hợp Pháp
- Học Bạ
- Bất kỳ Tài Liệu Hợp Lý nào cho thấy mối quan hệ giữa cha mẹ (người giám hộ) và trẻ

Các Hình Thức Xác Minh Thu Nhập Được Chấp Nhận

- Cuống phiếu thanh toán lương của ba mươi ngày liên tiếp hoặc một tháng
- Giấy tờ về Thu Nhập Gộp từ quỹ tín thác, cổ tức, tiền lãi
- (Các) cuống phiếu thanh toán Thu Nhập Từ Lương Hưu
- Thư Xác Nhận từ An Sinh Xã Hội mới nhất cho cả vợ/chồng và con cái
- Thư mới nhất từ Chủ Sử Dụng Lao Động có Tiêu Đề Thư (chỉ áp dụng nếu thanh toán bằng tiền mặt)
- Mẫu Tự Xác Nhận cho thu nhập từ Dự Án Đặc Biệt
- Thư mới nhất từ Cơ Quan Cựu Chiến Binh
- Bản Ấn Ly Hôn hoặc Tuyên Bố Hỗ Trợ Trẻ Em mới nhất
- Bằng chứng mới nhất về tiền gửi trực tiếp của thu nhập cố định bằng cách cung cấp giấy tờ về Thu Nhập Gộp
- Cá nhân tự kinh doanh hiện tại - Biểu Mẫu Thuế Thu Nhập 1040 với tất cả tài liệu đính kèm (Bản sao Bản Ghi Khai Thuế đã xác thực)
- Thư hỗ trợ mới nhất nếu thất nghiệp/không có nguồn thu nhập khác và sống cùng một người họ hàng hoặc bạn bè
- Sao kê ngân hàng mới nhất nếu sống nhờ tiền tiết kiệm và không có nguồn thu nhập nào khác bằng cách cung cấp các sao kê ngân hàng mới nhất
- Thu nhập từ hỗ trợ vợ/chồng hoặc tiền cấp dưỡng nuôi con
- Bằng chứng Hỗ Trợ của Tiểu Bang như: SNAP, WIC hoặc TANF

Thông Tin Về Tài Sản/Nguồn Hỗ Trợ (Bên cạnh các giấy tờ nêu trên)

- Thuế Thu Nhập mới nhất (đối với cá nhân tự kinh doanh, xem bên dưới*). Nếu bạn chưa nộp tờ khai thuế thu nhập của năm gần đây nhất, cần lấy một bảng kê từ IRS thông qua phương thức tương tự như Bản Ghi Khai Thuế để xác nhận.
- Báo Cáo Lãi Lỗ mới nhất (ít nhất 2 quý) đối với Chủ Doanh Nghiệp
- Thuế Thu Nhập Doanh Nghiệp mới nhất nếu đương đơn sở hữu trên 5% một Công Ty Hợp Danh hoặc Công Ty
- Các sao kê gần nhất cho từng tài khoản vãng lai, tài khoản tiết kiệm, tài khoản quỹ tương hỗ/thị trường chứng khoán, tài khoản IRA, tài khoản Chứng Chỉ Tiền Gửi (CD), và bất kỳ tài khoản chứng khoán hoặc tài khoản đầu tư nào khác
- Sao kê các loại cổ phiếu, trái phiếu gần nhất, v.v.
- Giấy tờ thẩm định của hạt đối với tất cả bất động sản trừ ắp trại. Giấy tờ tài chính với số dư khoản vay hoặc thế chấp để xác định giá trị vốn góp
- Thông tin về tất cả xe, bao gồm xe hơi, xe tải, RV, xe máy, tàu thuyền, xe mọi địa hình, và máy bay trong hộ gia đình của bạn

Sửa đổi 5/2019

MẪU ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

PHẦN MỘT: THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

Ghi họ tên đầy đủ của bạn, địa chỉ tại thời điểm bạn nhận được dịch vụ y tế và các thông tin khác nêu trong phần này.

Số Tài khoản _____

Ngày của Dịch vụ:

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố:

Bang: _____ Mã Zip: _____

Giáo xứ: _____

Số An sinh Xã hội: _____ – _____ – _____

Ngày sinh: ____ / ____ / ____

Số điện thoại Cố định : (____) _____

Số điện thoại Khác: (____) _____

Tình trạng Hôn nhân: ☐ Độc thân

☐ Đã kết hôn

Bạn có phải là cư dân hợp pháp của Mỹ không? ☐ Có ☐

☐ Đã ly hôn

Không

Bạn có bảo hiểm y tế (ngoài Medicaid) tại thời điểm sử dụng dịch vụ này không? Nếu có, xin vui lòng cung cấp thông tin bảo hiểm và một bản sao thẻ bảo hiểm y tế của bạn. ☐ Có ☐ Không

Tên bảo hiểm:

Ngày hiệu lực của bảo hiểm: ____ / ____ / ____

Tên Người đăng ký:

Ngày sinh của Người đăng ký: ____ / ____ / ____

ID của Người đăng ký: _____ Số hiệu nhóm: _____

PHẦN HAI: THU NHẬP CỦA GIA ĐÌNH

Cung cấp thông tin thu nhập của cá nhân, vợ/chồng và tất cả các thành viên khác trong gia đình (nếu có)

Nguồn thu nhập hàng tháng	Tổng thu nhập Hàng tháng Hiện tại		Tổng thu nhập Gia đình trong 3 tháng trước	Đính kèm loại kiểm tra thu nhập – yêu cầu bằng chứng thu nhập để xử lý đơn xin
	Bệnh nhân	Vợ (Chồng)/Người khác	ngày dịch vụ	
Lương/Tự Kinh doanh, Tiền cấp dưỡng nuôi trẻ	\$	\$	\$	Bản sao cuống lương gần đây nhất hoặc thư thông báo thu nhập (trong ba tháng trước)
An sinh Xã hội	\$	\$	\$	Thư thông báo An Sinh Xã hội
Lương hưu, Cổ tức, Tiền lãi, Thu nhập cho thuê	\$	\$	\$	Thư xác nhận Lương hưu, Sao kê Cổ tức/Tiền lãi
Thất nghiệp, Tiền bồi thường tai nạn lao động	\$	\$	\$	Thư xác nhận Thất nghiệp, Thư xác nhận tiền bồi thường tai nạn lao động

GHI CHÚ: Nếu bạn đã báo cáo khoản thu nhập \$0, xin vui lòng cung cấp giải thích ngắn gọn về cách bạn (hoặc bệnh nhân) đáp ứng các nhu cầu cơ bản trong cuộc sống:

(Phải cung cấp một sao kê hỗ trợ.)

PHẦN BA: THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

Liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình của bạn có tên trên bản khai thuế thu nhập liên bang gần đây nhất và ngày sinh của họ.

Vui lòng cung cấp những thông tin sau cho tất cả các thành viên sống trong gia đình bạn. Với các mục đích của chính sách này, gia đình được xác định gồm bệnh nhân, vợ (chồng) của bệnh nhân và tất cả con cái của bệnh nhân dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân dưới 18 tuổi, gia đình sẽ bao gồm bệnh nhân, bố mẹ đẻ hoặc nuôi của bệnh nhân và con cái của bố mẹ dưới 18 tuổi (con đẻ hoặc con nuôi) sống trong nhà của bệnh nhân.

Tên của các thành viên trong gia đình bao gồm cả bệnh nhân	Ngày sinh	Quan hệ với Bệnh nhân
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Qua việc ký tên bên dưới, tôi chứng nhận rằng những điều tôi đã nêu trên đơn xin này và trên bất kỳ tài liệu đính kèm nào đều đúng sự thật.

Chữ ký của Bên chịu Trách nhiệm _____ Ngày: _____

Chuyển đơn xin đã điền đầy đủ của bạn đến địa chỉ:

New Orleans East Hospital
5620 Read Blvd.
New Orleans, LA 70127

Các bản sao của Chính sách Hỗ trợ Tài chính, Mẫu đơn xin và Bản tóm tắt đều sẵn có bằng tiếng Anh, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Việt.

TUYÊN BỐ VÀ XÁC MINH NGƯỜI HỖ TRỢ LÀ BÊN THỨ BA

Tên Bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____

Số MRN: _____

ĐIỀU KHOẢN VỀ HÌNH PHẠT, TUYÊN BỐ XÁC NHẬN VÀ ỦY QUYỀN CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi xác nhận rằng thông tin dùng để hoàn thành hồ sơ này là đúng sự thật. Ngoài ra, tôi hiểu rằng theo Luật Tiểu bang Louisiana năm 1924, việc cung cấp thông tin sai lệch có thể được coi là "Gian lận Y tế" nhằm lừa gạt một bệnh viện để nhận hàng hóa hoặc dịch vụ, bao gồm các mặt hàng dược phẩm, và đây là một trọng tội.

HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

☐ Tôi, _____, đã cung cấp \$ _____ vào tháng trước cho bệnh nhân có tên dưới đây.

BÊN THỨ BA HỖ TRỢ NƠI Ở

☐ Tôi, _____ (người hỗ trợ), cung cấp phòng và nơi ở và các hỗ trợ khác cho bệnh nhân có tên dưới đây. Người đó không trả tiền thuê phòng cho tôi. Tôi phải cung cấp bằng chứng về địa chỉ để xác minh. Tôi sẽ đưa cho bệnh nhân một hóa đơn chi tiêu hiện tại hoặc một tài liệu gia đình khác để người đó cho quý vị xem địa chỉ hiện tại của tôi.

CÁC KHOẢN THANH TOÁN CỦA BÊN THỨ BA cho tài khoản tín dụng của bệnh nhân

☐ Tôi, _____ (bên chịu trách nhiệm), xác nhận rằng tôi là người chịu trách nhiệm thanh toán cho (các) chi phí sau đây liên quan đến bệnh nhân có tên ở đây. Tôi hiểu rằng tôi phải cung cấp bằng chứng thanh toán. Vui lòng đưa cho bệnh nhân bằng chứng bằng tài liệu để bệnh nhân mang tới buổi đánh giá tài chính của mình. (Cung cấp thông tin bổ sung trên một trang riêng.)

Tên Hạng mục Chi phí:

Số tiền: _____

Tên Hạng mục Chi phí:

Số tiền: _____

Tên Hạng mục Chi phí:

Số tiền: _____

Kiểu Khoản vay hoặc Số Khoản vay Tham chiếu: _____

***Cần có chữ ký nếu người là bên thứ ba không có mặt trong buổi Đánh giá Tài chính**

Chữ ký của Bệnh nhân/Người Đại diện

Tên In hoa của Bệnh nhân/Người Đại diện

Ngày

*Chữ ký của Người Hỗ trợ là Bên Thứ ba

Tên In hoa của Người Hỗ trợ là Bên Thứ ba

Ngày

Chữ ký của Đại diện UMC

Tên In hoa của Đại diện UMC

Ngày Nhận được
Biểu Mẫu