

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH UNIVERSITY HOSPITALS**

Nếu quý vị cho rằng quý vị có thể hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, hãy hoàn thành mẫu đơn này. Toàn bộ mẫu đơn phải được hoàn thành và ký tên để được xem xét.

Nếu quý vị có thắc mắc và quan ngại liên quan đến mẫu đơn này hoặc cần hỗ trợ hoàn thành mẫu đơn, **vui lòng gọi cho chúng tôi theo số (866) 771-7266 hoặc ghé thăm bất cứ cơ sở UH nào của chúng tôi.**

Tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày sinh của Bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Cung cấp Dịch vụ: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Tình trạng Hôn nhân: \_\_\_\_\_ Số Tài khoản: \_\_\_\_\_  
Thành phố: \_\_\_\_\_ Số Điện thoại: \_\_\_\_\_ Cơ sở Tiếp nhận: \_\_\_\_\_  
Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã Bru chính: \_\_\_\_\_

Quý vị có phải là cư dân Ohio vào ngày cung cấp dịch vụ này không?  Có  Không

Quý vị có hội bảo hiểm y tế dài hạn cho các dịch vụ này không?  Có  Không *Nếu có, vui lòng điền thông tin dưới đây và đính kèm bản sao thẻ bảo hiểm*

Tên Công ty Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Số Hợp Đồng \_\_\_\_\_ Số Nhóm: \_\_\_\_\_

Quý vị có đủ điều kiện tham gia chương trình Đạo luật Hòa giải Ngân sách Omnibus Hợp nhất (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) không?  Có  Không

Quý vị có phúc lợi Medicaid không?  Có  Không *Nếu có, vui lòng điền số hóa đơn \_\_\_\_\_ và đính kèm bản sao thẻ Medicaid*

Quý vị có  Thỏa thuận Bồi hoàn Y tế  Tài khoản Tiết kiệm Y tế  Tài khoản Chi tiêu Linh hoạt

Vui lòng liệt kê tất cả các thành viên trong hộ gia đình dưới đây. Bao gồm cả cha mẹ, vợ/chồng (bất kể sống cùng nhà hay không) và con cái (con đẻ hoặc con nuôi) dưới 18 tuổi sống cùng nhà với bệnh nhân. Đính kèm bản sao giấy tờ chứng minh thu nhập, ví dụ như phiếu lương, quyết định an sinh xã hội, bồi thường người lao động, tờ khai thuế, hoặc gọi cho Cố vấn Tài chính của UH để thảo luận về bằng chứng khác có thể được cung cấp để chứng minh tính đủ điều kiện.

Thành viên Gia đình <b>Bệnh nhân</b>	Tuổi	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Nguồn Thu nhập hoặc Tên Chủ sử dụng lao động	Thu nhập trong 3 tháng trước ngày cung cấp dịch vụ	Thu nhập trong 12 tháng trước ngày cung cấp dịch vụ
<b>Bệnh nhân -</b>		bản thân			
2.					
3.					
4.					
5.					

**Nếu quý vị báo cáo thu nhập \$0.00 trên đây, vui lòng cung cấp giải thích ngắn gọn về cách quý vị (hoặc bệnh nhân) chi tiêu tài chính để sinh hoạt hàng ngày trong khoản thời gian đã được yêu cầu trên đây.**

Tôi cũng có hóa đơn tại các địa điểm sau đây của UH: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi chứng thực với những gì tôi biết và tin rằng các câu trả lời trong mẫu đơn là chính xác. Tôi hiểu rằng việc cố tình gửi thông tin sai lệch để được nhận các quyền lợi của chính quyền là hành vi phạm pháp. Tôi hiểu rằng các bên khác có thể sử dụng thông tin mà tôi cung cấp ở đây. Thông qua tài liệu này, tôi ủy quyền cho họ làm điều đó.

Chữ ký của Bên chịu Trách nhiệm: X \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Đại diện UH: X \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:** #in HH \_\_\_\_\_ 3mo TTL \_\_\_\_\_ 12 mo TTL \_\_\_\_\_ FPL \_\_\_\_\_  HCAP  UCAP  AGB  M

Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

# University Hospitals

## CHI PHÍ CẦN THIẾT VỀ MẶT Y TẾ PHÁT SINH TRONG NĂM DƯƠNG LỊCH TRƯỚC ĐÓ

Mẫu đơn này được dùng để xác định các chi phí tự trả cần thiết về mặt y tế để giúp xác định xem quý vị có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài khoản bổ sung theo Chính sách Hỗ trợ Tài chính UH hay không.

**CHỈ ĐIỀN VÀO NẾU QUÝ VỊ LÀ BỆNH NHÂN ĐƯỢC BẢO HIỂM CẦN HỖ TRỢ HOẶC NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM VÀ THU NHẬP CỦA QUÝ VỊ LỚN HƠN 250% MỨC NGHÈO DO LIÊN BANG QUY ĐỊNH.**

Liệt kê tất cả các dịch vụ bệnh viện, bác sĩ và nhà thuốc mà quý vị chịu trách nhiệm thanh toán từ năm dương lịch trước đó. Xin lưu ý rằng quý vị cần cung cấp giải thích về các quyền lợi bảo hiểm cho tất cả các chi phí.

<u>NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ</u>	<u>NGÀY CUNG CẤP DỊCH VỤ</u>	<u>HẠN THANH TOÁN CỦA BỆNH NHÂN</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

**TỔNG NỢ CỦA BỆNH NHÂN TRONG NĂM DƯƠNG LỊCH NÀY** \_\_\_\_\_

Quý vị có thắc mắc về việc hoàn thành mẫu đơn này? Hãy gọi cho chúng tôi theo số (866) 771-7266

**Vui lòng nộp mẫu đơn đã hoàn thành tới địa chỉ University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122**

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_  10  15  20  25  NOT QUALIFIED Date Completed: \_\_\_\_\_