

Financial Assistance Application
Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Vui lòng gửi lại đơn xin đã hoàn thành và các tài liệu hỗ trợ đến:

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit, File 1688
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

Giờ làm việc: 8 a.m. – 4:30 p.m.
Ngày làm việc: Thứ Hai – Thứ Sáu
Số điện thoại: 323-866-8600
Email: Patient.Billing@cshs.org

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH,
BAO GỒM DANH SÁCH CÁC TÀI LIỆU HỖ TRỢ CẦN THIẾT**

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính Thanh Toán Chiết Khấu hoặc Chăm Sóc Từ Thiện của Tổ Chức. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ tới địa chỉ ở trên.

Để được xem xét, vui lòng hoàn thành đơn xin này để giúp Tổ Chức xác định xem liệu quý vị có đủ điều kiện để nhận Chăm Sóc Từ Thiện (dịch vụ chăm sóc miễn phí) hoặc Thanh Toán Chiết Khấu (dịch vụ chăm sóc được giảm chi phí nhưng không miễn phí) hay không. Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện, ngay cả khi quý vị đã nộp đơn xin. Một phản hồi bằng văn bản sẽ được cung cấp cho tất cả bệnh nhân nhằm trả lời về việc chấp thuận/từ chối sau khi chúng tôi nhận được đơn xin và tài liệu hoàn chỉnh của quý vị.

Chính sách này sẽ chi trả cho dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế được cung cấp tại Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina Hospital, Cedars-Sinai Medical Care Foundation (“CSMCF”), Huntington Hospital, Huntington Health Physicians, cũng như các bác sĩ giảng dạy với tư cách là giảng viên, bác sĩ của CSMCF và Huntington Health, bao gồm các bác sĩ là nhân sự ký thỏa thuận dịch vụ chuyên môn với tập đoàn y tế, các bác sĩ cấp cứu của Cedars-Sinai. Bệnh nhân được xếp lịch là bệnh nhân nội trú tự chọn, bệnh nhân ngoại trú không cấp cứu hoặc chăm sóc theo dõi sau khi xuất viện cần được Vice President, Finance và Chief Revenue Cycle Officer hoặc người được họ chỉ định phê duyệt trước về hỗ trợ tài chính. Chỉ những thủ tục cần thiết về mặt y tế mới đủ điều kiện để phê duyệt.

Quý vị có thể gửi đơn xin hoàn chỉnh, có ghi ngày tháng và đã ký tên qua thư hoặc email.

- Đơn xin hoàn chỉnh phải có ngày tháng và chữ ký của người nộp đơn.
- Không có thời hạn nộp đơn bắt buộc.
- Ngoài đơn xin, **hãy cung cấp tài liệu chứng minh thu nhập** cho cả quý vị và vợ/chồng/bạn đời của quý vị (nếu đã kết hôn, chung sống dân sự hoặc chung sống phi hôn nhân). Tài liệu này sẽ là **cuống phiếu lương** (hai cuống gần đây nhất) hoặc **tờ khai thuế liên bang** (năm trước).
- Các tài liệu bị thiếu hoặc không đính kèm có thể gây ra sự chậm trễ hoặc từ chối hỗ trợ tài chính.

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị không có bảo hiểm và đáp ứng tiêu chí đủ điều kiện giả định cụ thể của Medi-Cal, quý vị không cần hoàn thành đơn xin này.

Bệnh nhân phải đăng ký bảo hiểm theo Medi-Cal, Healthy Families và County Trauma Program nếu có và bảo hiểm theo Covered California nếu thích hợp như một điều kiện để được Chăm Sóc Từ Thiện. Những điều nêu trên cũng sẽ áp dụng cho những bệnh nhân cư trú ngoài tiểu bang và đơn xin Medicaid trong tiểu bang của họ. Trước khi nhận Thanh Toán Chiết Khấu, Tổ Chức có thể yêu cầu tiến hành sàng lọc tính hội đủ điều kiện Medi-Cal đối với bệnh nhân để bệnh nhân nhận thông tin về quyền lợi Medi-Cal. Tuy nhiên, không bắt buộc ghi danh tham gia Medi-Cal để nhận Thanh Toán Chiết Khấu.

Thông Tin Bệnh Nhân				
Tên bệnh nhân		Số An Sinh Xã Hội	Ngày sinh	
Địa chỉ nhà riêng		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
Số điện thoại nhà riêng	Số điện thoại di động	Địa chỉ email		
Phương thức liên lạc ưa dùng ☐ Dịch Vụ Bưu Chính Hoa Kỳ ☐ Email ☐ Điện thoại nhà riêng ☐ Điện thoại di động		Thu nhập hộ gia đình hàng năm: \$ _____		
Tình trạng hôn nhân: ☐ Đã kết hôn ☐ Độc thân ☐ Ly thân ☐ Đã ly dị ☐ Góa bụa ☐ Bạn Tình Sống Chung		Số lượng thành viên trong hộ gia đình của quý vị (theo báo cáo về thuế của quý vị): _____		
Tình trạng Việc làm ☐ Có việc làm ☐ Tự kinh doanh ☐ Nghỉ hưu ☐ Khuyết tật ☐ Thất nghiệp - Ngày làm việc cuối cùng: _____				
Tên của chủ lao động		Số điện thoại		
Địa chỉ của chủ lao động		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
Thông Tin về Vợ/Chồng/Người Sống Chung/Cha/Mẹ/Người Bảo Lãnh				
Quan hệ với bệnh nhân ☐ Vợ/chồng ☐ Bạn tình sống chung ☐ Cha/mẹ ☐ Người bảo lãnh ☐ Người Khác: _____				
Tên		Số An Sinh Xã Hội	Ngày sinh	
Tình trạng việc làm ☐ Có việc làm ☐ Tự kinh doanh ☐ Nghỉ hưu ☐ Khuyết tật ☐ Thất nghiệp – Ngày làm việc cuối cùng: _____				
Tên của chủ lao động		Số điện thoại		
Địa chỉ của chủ lao động		Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu điện
Bảo Hiểm				
Quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ bảo hiểm y tế nào không? ☐ Có ☐ Không Nếu “Có”, vui lòng cung cấp thông tin sau.				
Chủ hợp đồng	Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng bảo hiểm		
Chủ hợp đồng	Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng bảo hiểm		
Quý vị đã đăng ký Medi-Cal/Medicaid chưa? ☐ Có ☐ Không Nếu “Có”, vui lòng mô tả kết quả của việc đăng ký đó: _____				

Quý vị đã được sàng lọc về xét tính hội đủ điều kiện Medi-Cal/Medicaid chưa? ☐ Có ☐ Không
Nếu “Có”, vui lòng mô tả kết quả của việc sàng lọc đó: _____

Thông Tin Thu Nhập & Chi Phí

Thu Nhập Hàng Tháng (Hiện Tại)	Bệnh Nhân/Người Bảo Lành	Vợ/Chồng/Bạn Tình	Tổng Cộng
Tổng mức lương	\$	\$	\$
Chi Phí Sinh Hoạt Thiết Yếu Hàng Tháng	Bệnh Nhân/Người Bảo Lành	Vợ/Chồng/Bạn Tình	Tổng Cộng
Tiền thuê nhà hoặc khoản vay thế chấp	\$	\$	\$
Thuế bất động sản	\$	\$	\$
Bảo trì nhà cửa, đồ dùng gia đình và đồ dọn dẹp			
Hóa đơn tiện ích và điện thoại	\$	\$	\$
Quần áo và giặt là			
Y tế và nha khoa			
Tiền cấp dưỡng/cấp dưỡng nuôi con	\$	\$	\$
Đi lại và ô tô (bảo hiểm, xăng, sửa chữa, thuê)	\$	\$	\$
Giáo dục	\$	\$	\$
Trường học/Nhà trẻ (trẻ vị thành niên phụ thuộc)	\$	\$	\$
Thực phẩm	\$	\$	\$
Bảo hiểm	\$	\$	\$
Chi phí bất thường khác	\$	\$	\$
Tổng chi phí hàng tháng	\$	\$	\$

Nợ Y Tế (Hiện Tại)	Bệnh Nhân/Người Bảo Lành	Vợ/Chồng/Bạn Đòi	Tổng Cộng
Nợ y tế chưa thanh toán tại Cedars-Sinai hoặc Huntington Health	\$	\$	\$
Nợ y tế khác	\$	\$	\$

☐ Có, tôi chấp thuận dùng tính hội đủ điều kiện giả định để xét Chăm Sóc Từ Thiện và Thanh Toán Chiết Khấu.

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn xin này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý nộp đơn xin bất kỳ hỗ trợ địa phương, tiểu bang và liên bang nào mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp giảm bớt chi phí của bất kỳ hóa đơn bệnh viện và hóa đơn cho bác sĩ nào. Tôi hiểu rằng thông tin được cung cấp có thể được Tổ Chức xác minh và tôi cho phép họ liên hệ với bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin được cung cấp trong đơn xin này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không chính xác hoặc nếu đơn xin có sai sót hoặc thiếu sót nghiêm trọng, tôi sẽ không còn đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu khoản hỗ trợ tài chính trước đây đã được cấp cho tôi, khoản hỗ trợ này có thể được hoàn nhập vào thời điểm đó và tôi sẽ phải chịu trách nhiệm về số dư chưa thanh toán.

Chữ ký của người đăng ký hỗ trợ tài chính

Ngày

Chữ ký của vợ/chồng/bạn đời/người bảo lãnh (nếu có)

Ngày