

Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính dành cho Cơ Sở tại Utah, Idaho và Nevada

Gửi lại thông tin về:
THƯ TÍN: Hỗ Trợ Tài Chính
PO Box 27327
Salt Lake City, Utah 84127
FAX: 385-831-2890
EMAIL: financial.assistance@r1rcm.com

Hướng dẫn hoàn thành biểu mẫu này:

Vui lòng điền đầy đủ biểu mẫu này và gửi lại tất cả các tài liệu cần thiết đến cơ sở Intermountain nơi quý vị đã được chăm sóc hoặc theo một trong những phương thức liên lạc được liệt kê ở trên để đơn đăng ký của quý vị được xử lý. Quý vị cũng có thể đăng ký trực tuyến thông qua Mychart. Hỗ trợ tài chính sẽ không được trao cho những người không hoàn tất quy trình đăng ký.

Vui lòng nộp các tài liệu sau đây:

1. Đơn đăng ký Hỗ Trợ Tài Chính: được điền đầy đủ, ký tên và ghi ngày tháng.
2. Xác minh Thu Nhập Hiện Tại của Hộ Gia Đình như được ghi dưới đây.

Số Tài Khoản _____ Quy Mô Hộ Gia Đình Hiện Tại _____ Đang trong Tình Trạng Vô Gia Cư? _____ Quý vị sống ở tiểu bang nào? _____
Có _____ Không _____

Tên và _____ Số _____ Ngày _____
Họ _____ An Sinh Xã Hội _____ Ngày _____

Tình trạng hôn nhân _____ Email _____ Số điện thoại _____

Địa chỉ _____ Thành phố/Quận _____ Tiểu bang _____ Mã Zip _____

Tên hãng sở _____ Điện thoại nơi làm việc _____

Quý vị đã được hãng sở này tuyển dụng bao lâu rồi? _____ Năm _____ Tháng _____

Tần suất trả lương (vui lòng cho biết) _____ Hằng tuần _____ Hai tuần một lần _____ Hai lần một tháng _____ Hằng tháng _____

Quý vị đã sống ở địa chỉ này bao lâu rồi? _____ Năm _____ Tháng _____ Nếu **dưới ba tháng**, vui lòng liệt kê địa chỉ trước đó:

Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP	Từ (Tháng/Năm)	Đến (Tháng/Năm)

Vợ/chồng _____ Vợ/Chồng Có Số _____ Vợ/chồng _____
Họ tên _____ An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh _____

Điện thoại nhà của Vợ/Chồng _____ Điện thoại di động của Vợ/Chồng _____

Tên Hãng Sở của Vợ/Chồng _____ Điện thoại nơi làm việc _____

Quý vị đã được hãng sở này tuyển dụng bao lâu rồi? _____ Năm _____ Tháng _____

Tần suất trả lương (vui lòng cho biết) _____ Hằng tuần _____ Hai tuần một lần _____ Hai lần một tháng _____ Hằng tháng _____

Các Thành Viên Hộ Gia Đình/Người Phụ Thuộc bổ sung. Bao gồm cả trẻ chưa sinh nếu có. Vui lòng thêm bất cứ người phụ thuộc bổ sung nào trên một biểu mẫu riêng biệt. (Các thành viên trong hộ gia đình phải phù hợp với câu hỏi về quy mô hộ gia đình hiện tại nêu ở trên)

Tên và Họ	Ngày Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Mối quan hệ

Tổng thu nhập hiện tại hàng tháng của hộ gia đình quý vị

Loại	Số tiền của Bệnh Nhân	Số tiền của Vợ/Chồng	Người Lớn Khác là thành viên hộ gia đình	Loại Giấy Tờ Cần Thiết Để Xác Minh Thu Nhập
Thu Nhập Từ Việc Làm (Tổng)	\$	\$	\$	<i>Bản sao cuống lương gần đây nhất hoặc cuối cùng hoặc thư từ hãng sở của quý vị xác nhận tổng thu nhập trong tháng cuối cùng hoặc tháng gần nhất</i>
Thu Nhập Tự Làm Chủ (Tổng Cộng)	\$	\$	\$	<i>Báo cáo lãi lỗ hoặc sổ cái cho tháng trước đó hoặc tháng gần nhất. Tờ khai thuế mới nhất nếu có.</i>
Lương Hưu, Nghỉ Hưu, Thu Nhập An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$	<i>Bản sao các thư thông báo trợ cấp mới nhất, các khoản thanh toán lương hưu, thanh toán từ tài khoản hưu trí, v.v. Thể hiện thu nhập hàng tháng.</i>
Thất Nghiệp, Thu Nhập Từ Khuyết Tật, v.v.	\$	\$	\$	<i>Bản sao các thư thông báo trợ cấp mới nhất</i>
Khác (Vui lòng liệt kê nguồn): _____	\$	\$	\$	<i>Ví dụ: Tiền boa, tiền thưởng và hoa hồng</i>

Câu hỏi bổ sung: Trả lời các câu hỏi sau sẽ bảo đảm đơn đăng ký của quý vị không bị trì hoãn vì thiếu thông tin.	Có	Không
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình có nhận các phúc lợi công không? (tức là Tem Phiếu Thực Phẩm, WIC hoặc Bữa Trưa Miễn Phí hoặc Giảm Giá)	☐	☐
Quý vị hiện đang nhận hoặc dự kiến sẽ nhận dịch vụ chăm sóc tại một Trung Tâm Ung Thư Intermountain Health không?	☐	☐
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình hiện có bảo hiểm y tế không?	☐ Nếu có, vui lòng liệt kê tên của hãng bảo hiểm của quý vị _____	☐
Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào hiện trong hộ gia đình có nộp đơn xin trợ cấp Medicaid, Medicare, CHIP hoặc CHP+ không? <i>Nếu có và bị từ chối, vui lòng cung cấp thư từ chối</i>	☐ Nếu có, vui lòng liệt kê ngày quý vị đã nộp đơn _____	☐
Có hóa đơn y tế nào của quý vị tại các cơ sở của chúng tôi liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc lao động không?	☐ Nếu có, vui lòng liệt kê công ty bảo hiểm đó _____	☐
Quý vị có được ghi danh chương trình Medical Health Share hoặc Đóng Góp Chi Phí không?	☐ Nếu có, vui lòng đưa ra giải thích về khoản đóng góp (EOS) _____	☐

Có ai trong nhà quý vị hiện đang mang thai không?



Ai trong hộ gia
đình đang mang thai?



Ngày dự sinh?

Chúng tôi yêu cầu những bệnh nhân nộp đơn xin hỗ trợ tài chính cũng tìm kiếm các nguồn tài trợ khác. Vui lòng đánh dấu mục “Có” hoặc “Không”.

- Hãng sò của quý vị có hoàn trả cho quý vị bất kỳ khoản khấu trừ hoặc chi phí chăm sóc sức khỏe nào không? ____
Có ____ Không
- Quý vị đã nộp đơn xin bất cứ chương trình trợ cấp nào khác của tiểu bang như Crime Victims? ____ Có ____ Không

Nếu cần, hãy dùng chỗ trống dưới đây để giải thích thêm về lý do quý vị yêu cầu hỗ trợ tài chính. Quý vị có thể đính kèm một tờ riêng nếu cần thêm chỗ. Có thể phải cần thêm giấy tờ xác minh bổ sung.

*Theo đây tôi cam đoan rằng thông tin đưa ra ở đây là đúng và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi. Tôi hiểu nếu tôi không trung thực hoặc cung cấp thông tin sai lệch để nhận hỗ trợ tài chính từ Intermountain Health, yêu cầu đó sẽ bị từ chối và có thể ảnh hưởng đến các yêu cầu xin trợ cấp trong tương lai.
Tôi hiểu rằng Intermountain Health sẽ yêu cầu xác minh thu nhập trước khi đưa ra bất cứ quyết định nào.*

Chữ ký của Dương Đơn _____ Ngày _____

Danh sách kiểm tra tất cả những thông tin cần thiết để hoàn thành quy trình nộp đơn:

- ☐ Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính được điền đầy đủ, ký tên và ghi ngày tháng. ☐ Giấy xác minh thu nhập hộ gia đình.