

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính
(Các) Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân: _____

Quan trọng: Quý vị có thể được chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá.

Hoàn thành đơn đăng ký này sẽ giúp NorthShore – Edward Elmhurst Health (NS-EEH) xác định xem quý vị có thể nhận được các dịch vụ miễn phí hoặc giảm giá hay các chương trình công khác có thể giúp thanh toán cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hay không. Nếu quý vị không có bảo hiểm, quý vị sẽ không cần phải có Số An Sinh Xã Hội để đủ điều kiện được chăm sóc miễn phí hoặc giảm giá. Tuy nhiên, phải có Số an sinh xã hội đối với một số chương trình công, bao gồm cả Medicaid. Việc cung cấp Số An Sinh Xã Hội là không bắt buộc nhưng sẽ giúp NS-EEH xác định xem quý vị có đủ điều kiện tham gia bất kỳ chương trình công nào hay không.

Vui lòng điền vào mẫu này càng sớm càng tốt sau ngày sử dụng dịch vụ để NS-EEH xác định tính hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của quý vị. NS-EEH sẽ chấp nhận đơn đăng ký của quý vị trong tối đa 240 ngày sau khi gửi bằng sao kê hóa đơn đầu tiên cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị sử dụng.

Bệnh nhân tại đây thừa nhận rằng họ đã nỗ lực hết sức để cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn đăng ký để hỗ trợ NS-EEH xác định xem bệnh nhân có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không.

HƯỚNG DẪN: HÃY ĐIỀN ĐẦY ĐỦ HỒ SƠ VÀ KÝ GIẤY ỦY QUYỀN XÁC THỰC THÔNG TIN.					
THÔNG TIN NGƯỜI ĐĂNG KÝ					
Địa chỉ email				Quy mô gia đình (Bao gồm bệnh nhân)	
Họ	Tên	Tên đệm	Ngày sinh		Số An Sinh Xã Hội
Địa chỉ đường phố	Số căn hộ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số điện thoại nhà riêng
Tên chủ lao động		Địa chỉ cơ sở của chủ lao động			Số điện thoại di động
Thành phố của chủ lao động		Tiểu bang	Mã bưu chính	Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế	Số điện thoại cơ quan
Chủng tộc (không bắt buộc)	Sắc tộc (không bắt buộc)	Giới tính (không bắt buộc)		Ngôn ngữ ưu tiên (không bắt buộc)	
VỢ/CHỒNG/NGƯỜI BẢO LÃNH HOẶC CHA MẸ CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (NẾU PHÙ HỢP)					
Địa chỉ email			Mối quan hệ với bệnh nhân	Ngày sinh	
Họ	Tên		Tên đệm		Số an sinh xã hội
Địa chỉ đường phố	Số căn hộ	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu chính	Số điện thoại nhà riêng
Tên chủ lao động		Địa chỉ cơ sở của chủ lao động			Số điện thoại di động
Thành phố của chủ lao động		Tiểu bang	Mã bưu chính	Tổng thu nhập hàng tháng trước thuế	Số điện thoại cơ quan

Giả Định Hội Đủ Điều Kiện:

Những bệnh nhân **không có bảo hiểm** đáp ứng một trong các Tiêu Chí Giả Định Hội Đủ Điều Kiện được liệt kê dưới đây theo hoàn cảnh cá nhân hoặc thông qua phúc lợi được cung cấp cho Gia đình của họ sẽ tự động hội đủ điều kiện nhận **chăm sóc miễn phí** và **không yêu cầu phải chứng minh thu nhập**. Chúng tôi sẽ xác minh tính hội đủ điều kiện của quý vị bằng phương thức điện tử khi có thể, nhưng đôi khi sẽ cần quý vị hỗ trợ chúng tôi chứng minh tính hội đủ điều kiện của quý vị.

Hãy đánh dấu nếu có càng nhiều càng tốt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> LIHEAP: CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ CHI PHÍ NĂNG LƯỢNG CHO GIA ĐÌNH CÓ THU NHẬP THẤP |
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ Y TẾ CỘNG ĐỒNG |
| <input type="checkbox"/> BỮA TRƯA VÀ BỮA SÁNG MIỄN PHÍ CỦA ILLINOIS | <input type="checkbox"/> TRỢ CẤP ĐỀ TRANG TRẢI CHI PHÍ DỊCH VỤ Y TẾ |
| <input type="checkbox"/> ĐANG BỊ GIAM GIỮ | <input type="checkbox"/> TANF: CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ TẠM THỜI CHO CÁC GIA ĐÌNH NGHÈO KHÓ |
| <input type="checkbox"/> VÔ GIA CƯ | <input type="checkbox"/> PHÁ SẢN CÁ NHÂN (SỐ HỒ SƠ _____ NGÀY CÔNG NHẬN PHÁ SẢN _____) |
| <input type="checkbox"/> NGƯỜI QUA ĐỜI KHÔNG ĐỂ LẠI TÀI SẢN | <input type="checkbox"/> GIA NHẬP ĐỒNG TU CÓ PHÁT NGUYỆN KHÓ HẠNH |
| <input type="checkbox"/> ĐỦ ĐIỀU KIỆN NHẬN MEDICAID, NHƯNG CHƯA CÓ HIỆU LỰC VÀO NGÀY NHẬN DỊCH VỤ HOẶC DỊCH VỤ KHÔNG ĐƯỢC BẢO HIỂM | |
| <input type="checkbox"/> CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ NHÀ Ở CHO THUÊ CỦA CƠ QUAN PHÁT TRIỂN NHÀ Ở ILLINOIS | |
| <input type="checkbox"/> BỆNH NHÂN KHÔNG THỂ SUY NGHĨ TÍNH TÁO NHƯNG KHÔNG CÓ NGƯỜI ĐẠI DIỆN | |

**** Nếu quý vị đáp ứng tiêu chí thông qua khả năng được Giả Định Hội Đủ Điều Kiện, quý vị sẽ không cần cung cấp bất kỳ thông tin thu nhập nào. Quý vị vẫn cần phải ký vào Cam kết của người nộp đơn ở trang sau.**

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính
(Các) Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân: _____

Thông Tin Về Thu Nhập:

Vui lòng cung cấp các tài liệu được yêu cầu bên dưới (nếu có). Đơn đăng ký của quý vị có thể bị trì hoãn xét duyệt hoặc bị từ chối trong trường hợp quý vị không nộp bất kỳ giấy tờ cần thiết nào.

Các tài liệu sau đây phải được cung cấp cho người nộp đơn, vợ/chồng/bạn đời của người nộp đơn, hoặc nếu người nộp đơn/bệnh nhân là trẻ vị thành niên thì phải cung cấp cho cha mẹ hoặc người giám hộ. Nếu quý vị không thể cung cấp bất kỳ tài liệu nào liên quan đến thu nhập của mình, vui lòng điền vào thư hỗ trợ ở trang cuối cùng của đơn đăng ký này.

Tất cả những người nộp đơn phải cung cấp bằng chứng cư trú tại Illinois, bao gồm bất kỳ một trong những giấy tờ sau: thẻ căn cước hợp lệ do tiểu bang cấp, hóa đơn điện nước sinh hoạt dân cư gần đây, hợp đồng thuê, thẻ đăng ký xe, thẻ đăng ký cử tri, thư xác minh khác mà người nộp đơn nhận được từ chính phủ hoặc cơ quan nguồn đáng tin cậy, tuyên bố từ một thành viên trong gia đình cư trú tại cùng một địa chỉ kèm nộp xác minh nơi cư trú, hoặc một thư xác minh từ nơi tạm trú, nhà chuyển tiếp hoặc cơ sở tương tự khác cho người vô gia cư.

Nếu Có Đi Làm:

- Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị và/hoặc Mẫu W-2, 1099, v.v.
- Bản sao của hai cuốn phiếu lương gần đây nhất
- Bản sao của hai bảng sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và công đoàn tín dụng

Nếu Tự Kinh Doanh:

- Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị và/hoặc Mẫu W-2, 1099, v.v.
- Bản sao của hai bảng sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và công đoàn tín dụng

Nếu Thất Nghiệp:

- Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị và/hoặc Mẫu W-2, 1099, v.v.
- Bản sao thư trợ cấp thất nghiệp có liệt kê số tiền trợ cấp cho quý vị
- Thư xác nhận từ chủ lao động trước kèm ngày kết thúc hợp đồng làm việc
- Thư xác nhận hỗ trợ (thư hoàn chỉnh nằm ở trang cuối cùng của đơn đăng ký này)

Nếu Là Sinh Viên Toàn Thời Gian:

- Bảng chứng về việc đăng ký học đại học (bao gồm thư từ trường cao đẳng hoặc đại học thể hiện tình trạng toàn thời gian của quý vị hoặc tài liệu về học phí/tài chính)

Nếu Đã Nghỉ Hưu hoặc Là Người Khuyết Tật:

- Bản sao tờ khai thuế năm trước của quý vị và/hoặc Mẫu W-2, 1099, v.v. (nếu có)
- Bản sao thư xác nhận trợ cấp gần đây nhất từ Cơ quan an sinh xã hội nêu rõ số tiền trợ cấp hàng tháng
- Bản sao của hai bảng sao kê gần đây nhất cho tất cả các tài khoản séc, tiết kiệm và công đoàn tín dụng

Chứng Từ Thu Nhập Ngoài Lương Khác:

Hãy cung cấp các thông tin sau nếu phù hợp với tình hình tài chính của quý vị:

- Thư cấp dưỡng của vợ/chồng và/hoặc con cái
- Thu nhập cho thuê bất động sản
- Thu nhập từ đầu tư bất động sản
- Bất kỳ nguồn thu nhập nào khác không được liệt kê ở trên

Thông Tin Về Gia Đình/Hộ Gia Đình:

Số người trong gia đình/hộ gia đình	
Số người phụ thuộc của người nộp đơn	
Tuổi người phụ thuộc	

Thông Tin Khác:

Nếu quý vị có các tài liệu bổ sung có thể giúp NS-EEHNS-EEH đưa ra quyết định về đơn đăng ký của quý vị, chẳng hạn như các hóa đơn lớn chưa thanh toán cho thấy khó khăn về tài chính, vui lòng cung cấp các tài liệu đó (ví dụ: hóa đơn điện thoại, hóa đơn điện, hóa đơn y tế, bảng sao kê ngân hàng hoặc séc, v.v.).

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính
(Các) Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân: _____

Xác Nhận Của Người Nộp Đơn:

Tôi xác nhận rằng thông tin trong đơn này là đúng và chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi sẽ nộp đơn xin vào bất kỳ chương trình hỗ trợ nào của tiểu bang, liên bang, hoặc địa phương mà tôi có thể đủ điều kiện để giúp thanh toán hóa đơn NS-EEH này. Tôi hiểu rằng thông tin tôi cung cấp có thể được NS-EEH xác minh và tôi cho phép NS-EEH liên hệ với các bên thứ ba để xác minh tính chính xác của thông tin mà tôi cung cấp trong đơn đăng ký này. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố ý cung cấp thông tin sai sự thật trong đơn đăng ký này, tôi sẽ không hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, mọi hỗ trợ tài chính đã cấp cho tôi sẽ bị thu hồi và tôi phải chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn NS-EEH.

Chữ ký người nộp đơn: _____

Ngày: _____

Nơi nộp đơn đã hoàn chỉnh:

<u>Bệnh viện:</u>	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
<u>Thư bưu điện:</u>	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
<u>Fax, Email, hoặc Cổng bệnh nhân:</u>	(847) 982-6957 hoặc tải lên NorthShore Connect	(773) 878-6838 hoặc tải lên NorthShore Connect	(847) 618-4549 hoặc tải lên NCH MyChart	(331) 221-2704 hoặc gửi email đến financialassistance@eehealth.org
<u>Số điện thoại:</u>	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
<u>Trực tiếp:</u>	Gửi đơn đăng ký đã điền đầy đủ và tài liệu hỗ trợ cho cố vấn tài chính của bệnh viện bằng cách đến bệnh viện mà quý vị đang đăng ký hỗ trợ.			

Nếu có khiếu nại hoặc lo ngại về quy trình đăng ký giảm giá cho bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc quy trình hỗ trợ tài chính của bệnh viện, quý vị có thể báo cáo cho Cục Chăm sóc Sức khỏe của Bộ trưởng Tư pháp Illinois (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) theo số 1-877-305-5145 hoặc illinoisattorneygeneral.gov

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

(Các) Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân: _____

Tờ Khai Báo Hỗ Trợ Chỗ Ăn Ở/Thư Xác Nhận Hỗ Trợ

Người cung cấp chỗ ăn ở và/hoặc hỗ trợ tài chính sẽ điền vào mẫu đơn này và chỉ được điền cho người nộp đơn nếu người đó đang sống với người không phải là vợ/chồng hợp pháp của mình

Tôi, _____ hiện đang cung cấp (chọn tất cả những gì áp dụng)

 Hỗ trợ tài chính Chỗ ăn ở

cho _____ trong
_____ trước đây

Tôi không chịu trách nhiệm cho các chi phí y tế phát sinh bởi người được đề cập ở trên

Địa chỉ nơi cung cấp chỗ ăn ở

Tôi cung cấp một khoản trợ cấp bằng tiền là \$ _____ mỗi tuần/tháng
(khoanh tròn một)

Hỗ trợ khác (vui lòng nêu rõ) _____

Tên và địa chỉ của người hỗ trợ (vui lòng viết in hoa)

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____

Chữ ký của người nộp đơn: _____ Ngày: _____

Chữ ký của người hỗ trợ: _____ Ngày: _____

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

(Các) Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân: _____

Xác Minh Tự Kinh Doanh

Thu nhập tự kinh doanh này là trong giai đoạn mới nhất từ _____ đến _____.

Nếu quý vị tự kinh doanh, quý vị phải cung cấp hồ sơ chính xác và đầy đủ về thu nhập từ việc kinh doanh cùng chi phí kinh doanh để cơ sở xử lý đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị. Quý vị hãy sử dụng biểu đồ bên dưới để cung cấp tất cả số tiền quý vị nhận được và nguồn gốc của số tiền đó. Quý vị cũng phải liệt kê bất kỳ chi phí nào quý vị phải thanh toán để tạo ra thu nhập trong kỳ báo cáo của mình. Chi phí tạo ra thu nhập bao gồm nhưng không giới hạn ở những thứ như hàng tồn kho, vật liệu, dịch vụ, vận chuyển, lương nhân viên, và thanh toán khoản vay.

Nguồn Thu Nhập Kinh Doanh	Ngày Nhận	Tổng Thu Nhập Trước Thuế	Chi Phí Kinh Doanh/Mặt Hàng Đã Mua/Trả cho Ai	Số Tiền

Tôi xin tuyên bố rằng thông tin được cung cấp trong tài liệu này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết của tôi.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn: _____ Ngày: _____

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

(Các) Số Tài Khoản Của Bệnh Nhân: _____

Xác Minh Tiền Lương Của Chủ Lao ĐộngTuyên bố này là để xác nhận rằng _____ đã được tuyển dụng tại
(tên nhân viên)_____ từ _____.
(tên công ty chủ quản) (ngày mướn)_____ nhận được tổng thu nhập (trước khi khấu trừ
(tên nhân viên)

thuế, an sinh xã hội, bảo hiểm, v.v.) là \$_____.

Chu kỳ thanh toán là:

- Hàng tuần
 Mỗi hai tuần
 Hai lần một tháng
 Hàng tháng
 Hàng năm

_____/_____/_____ Ngày:
Chữ Ký của Chủ Lao Động Chức Danh_____
Địa Chỉ Tiểu Bang Mã Bưu Chính Số Điện Thoại