

**Community Hospital of San Bernardino**  
**Hướng dẫn Thực hiện Biểu mẫu Đăng ký Hỗ trợ Tài chính**

Đây là đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính tại một cơ sở *CommonSpirit Health*.

**CommonSpirit Health cung cấp hỗ trợ tài chính** cho những cá nhân và gia đình đáp ứng các yêu cầu nhất định về thu nhập. Quý vị có thể đủ điều kiện nhận dịch vụ chăm sóc miễn phí hoặc chăm sóc giảm giá dựa trên quy mô và thu nhập gia đình của quý vị, ngay cả khi quý vị có bảo hiểm y tế. Hỗ trợ được cung cấp cho những bệnh nhân có thu nhập gia đình thấp hơn 500% của Chỉ dẫn về Mức Chuẩn nghèo Liên bang. Thông tin về Chỉ dẫn về Mức Chuẩn nghèo Liên bang có thể được tìm thấy tại <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì?** Hỗ trợ tài chính của bệnh viện bao trả các dịch vụ phù hợp tại bệnh viện do CommonSpirit Health cung cấp tùy thuộc vào tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Hỗ trợ tài chính có thể không bao trả tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả các dịch vụ do các tổ chức khác cung cấp.

**Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp để hoàn thành đơn đăng ký này:** Quý vị có thể nhận được trợ giúp vì bất kỳ lý do gì, bao gồm trợ giúp về khuyết tật và ngôn ngữ tại: (909) 806-1304.

**Để đơn đăng ký của quý vị được xử lý, quý vị phải:**

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị**
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ)**
- Cung cấp tài liệu về thu nhập của gia đình**
- Cung cấp tài liệu về tài sản của gia đình**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần**
- Ký và ghi ngày vào mẫu đơn**

**Lưu ý:** Quý vị không cần phải cung cấp số An sinh Xã hội để đăng ký nhận hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị cung cấp cho chúng tôi số An sinh Xã hội, điều đó sẽ giúp tăng tốc độ xử lý đơn đăng ký của quý vị. Số An sinh Xã hội được sử dụng để xác minh thông tin được cung cấp cho chúng tôi. Nếu quý vị không có số An sinh Xã hội, vui lòng đánh dấu “không áp dụng” hoặc “NA”.

**Gửi đơn đăng ký đã hoàn thành qua thư hoặc fax kèm theo tất cả các tài liệu tới:** Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Dr., San Bernardino, CA 92412. Fax: 909-887-4164. Hãy đảm bảo giữ một bản sao cho chính quý vị.

**Để nộp trực tiếp đơn đăng ký đã hoàn chỉnh của quý vị:** Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA 92411

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị quyết định cuối cùng về khả năng hội đủ điều kiện và quyền kháng nghị, nếu có, trong vòng 30 ngày lịch kể từ ngày nhận được đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả tài liệu về thu nhập.

**Community Hospital of San Bernardino**  
**Mẫu Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính – Bảo mật**

Bằng cách gửi đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính, quý vị đồng ý cho chúng tôi thực hiện các cuộc điều tra cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ và thông tin tài chính.

**Chúng tôi muốn giúp đỡ quý vị. Hãy nhanh chóng nộp đơn đăng ký của quý vị!**  
**Quý vị có thể vẫn nhận được hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của quý vị.**

*Vui lòng điền đầy đủ tất cả thông tin. Nếu không áp dụng, hãy viết "NA".  
Đính kèm các trang bổ sung nếu cần.*

**THÔNG TIN SÀNG LỌC**

Quý vị có cần một thông dịch viên không?  **Có**  **Không** *Nếu Có, hãy đưa ra ngôn ngữ ưu tiên:*

Bệnh nhân đã nộp đơn đăng ký Medicaid chưa?  **Có**  **Không** *Có thể yêu cầu nộp đơn trước khi được xem xét hỗ trợ tài chính*

Bệnh nhân có nhận được các dịch vụ công của tiểu bang như phiếu thực phẩm hoặc WIC (Phụ nữ, Trẻ sơ sinh và Trẻ em) không?  **Có**  **Không**

Bệnh nhân hiện là người vô gia cư?  **Có**  **Không**

Dịch vụ chăm sóc y tế của bệnh nhân có liên quan đến tai nạn xe hơi hoặc chấn thương liên quan đến công việc không?  **Có**  **Không**

Danh sách (các) bệnh viện Dignity Health hoặc CommonSpirit Health nơi quý vị đã điều trị:

**VUI LÒNG LƯU Ý**

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, ngay cả khi quý vị nộp đơn.
- Sau khi quý vị gửi đơn đăng ký, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả thông tin và có thể yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập.

### THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Tên của bệnh nhân	Tên đệm của bệnh nhân	Họ của bệnh nhân
Ngày sinh	Số Tài khoản của Bệnh nhân:	Số An sinh Xã hội của Bệnh nhân (không bắt buộc*)
Người Chịu trách nhiệm Thanh toán Hóa đơn	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Ngày sinh
Số An sinh Xã hội (không bắt buộc*)		
Địa chỉ Gửi Thư _____ _____ Thành phố                      Tiểu bang                      Mã Zip		
(Các) số liên lạc chính (    ) _____ (    ) _____ Địa chỉ Email: _____		
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> <b>Có việc làm</b> (ngày tuyển dụng: _____) <input type="checkbox"/> <b>Thất nghiệp</b> (khoảng thời gian đã thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> <b>Tự kinh doanh</b> <input type="checkbox"/> <b>Học sinh</b> <input type="checkbox"/> <b>Người khuyết tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Hưu trí</b> <input type="checkbox"/> <b>Khác</b> ( _____ )		

### THÔNG TIN GIA ĐÌNH

- Liệt kê các thành viên gia đình trong hộ gia đình quý vị, bao gồm cả quý vị. "Gia đình" của bệnh nhân bao gồm:
- Đối với người từ 18 tuổi trở lên - vợ/chồng, người cùng chung sống và trẻ phụ thuộc dưới 21 tuổi, dù sống ở nhà hay không.
  - Đối với người dưới 18 tuổi - cha/mẹ, người thân chăm sóc, và trẻ khác dưới 21 tuổi là con của cha/mẹ hoặc người thân chăm sóc.

**QUY MÔ HỘ GIA ĐÌNH** \_\_\_\_\_

*Đính kèm trang bổ sung nếu cần*

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ với Bệnh nhân	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tên chủ lao động hoặc nguồn thu nhập	Nếu từ 18 tuổi trở lên: Tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Đồng thời cũng đăng ký nhận hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Tất cả thu nhập của các thành viên trưởng thành trong gia đình phải được tiết lộ. Các nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:**

- Tiền lương - Trợ cấp thất nghiệp - Tự kinh doanh - Bồi thường cho người lao động - Trợ cấp Khuyết tật - SSI
- Hỗ trợ con cái/vợ/chồng - Chương trình vừa học vừa làm (sinh viên) - Lương hưu - Phân bổ tài khoản hưu trí
- Khác (vui lòng ghi rõ: \_\_\_\_\_)

## THÔNG TIN THU NHẬP

**LƯU Ý:** Quý vị phải đính kèm bằng chứng về thu nhập trong đơn đăng ký của quý vị.

Quý vị phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình quý vị. Yêu cầu xác minh thu nhập để xác định hỗ trợ tài chính.

**Tất cả các thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập của họ. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn thu nhập được xác định.**

**Ví dụ cho bằng chứng về thu nhập bao gồm:**

- Tờ khai thuế thu nhập gần đây nhất, bao gồm cả lịch trình nếu có; hoặc là
- Một mẫu khấu lưu "W-2"; hoặc
- Phiếu lương hiện tại (6 tháng); hoặc
- Tuyên bố bằng văn bản, có chữ ký của chủ lao động hoặc những người khác; VÀ
- Mẫu chấp thuận/từ chối khả năng đủ điều kiện nhận Medicaid và/hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc
- Mẫu chấp thuận/từ chối khả năng đủ điều kiện để được hưởng trợ cấp thất nghiệp.

Nếu quý vị không có bằng chứng về thu nhập hoặc không có thu nhập, vui lòng đính kèm một trang bổ sung có chữ ký giải thích cách quý vị trang trải các chi phí sinh hoạt cơ bản (chẳng hạn như nhà ở, thực phẩm và tiện ích).

## THÔNG TIN TÀI SẢN

**LƯU Ý:** Quý vị phải đính kèm bằng chứng về tài sản trong đơn đăng ký của quý vị.

Quý vị phải cung cấp thông tin về tất cả tài sản thuộc sở hữu của bất kỳ thành viên nào trong gia đình. Yêu cầu xác minh tài sản để xác định hỗ trợ tài chính.

**Tất cả các thành viên trong gia đình từ 18 tuổi trở lên phải tiết lộ nguồn tài chính hiện có của họ. Vui lòng cung cấp bằng chứng cho mọi nguồn tài sản được xác định Ví dụ bằng chứng về thu nhập bao gồm:**

- Bảng sao kê ngân hàng hiện tại (thể hiện 3 tháng gần đây nhất)
  - (Các) Tài khoản Chi phiếu
  - (Các) Tài khoản Tiết kiệm
- Các khoản đầu tư, bao gồm cổ phiếu và trái phiếu
- Quỹ ủy thác
- (Các) Tài khoản Thị trường Tiền tệ
- Quỹ đầu tư tương hỗ
- Các quỹ đầu tư khác mà sẽ không bị phạt nếu rút tiền.

**Community Hospital of San Bernardino**  
**Mẫu Đơn Đăng ký Hỗ trợ Tài chính – Bảo mật**

**THÔNG TIN THÊM**

Vui lòng đính kèm một trang bổ sung nếu có thông tin khác về tình hình tài chính hiện tại của quý vị mà quý vị muốn chúng tôi biết, chẳng hạn như khó khăn về tài chính, chi phí y tế quá mức, thu nhập theo mùa vụ hoặc tạm thời, hoặc tổn thất cá nhân.

**THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN**

Tôi hiểu rằng CommonSpirit Health có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tín dụng và lấy thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ xác định tính đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hoặc các kế hoạch thanh toán.

- Tôi xác nhận rằng thông tin tôi đã cung cấp là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi sẽ độc lập hoặc với sự hỗ trợ của nhân viên bệnh viện đăng ký **BẤT KỲ** và **TẤT CẢ** Hỗ trợ có thể có sẵn thông qua các nguồn lực liên bang, tiểu bang, chính quyền địa phương và tư nhân để giúp thanh toán hóa đơn chăm sóc sức khỏe này.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi không hợp tác với CommonSpirit Health trong việc cung cấp thông tin được yêu cầu, đơn đăng ký của tôi có thể bị từ chối.
- Tôi hiểu rằng thông tin mà tôi gửi phải chịu sự xác minh của CommonSpirit Health, bao gồm các cơ quan báo cáo tín dụng và có thể được xem xét bởi các cơ quan Liên bang và/hoặc Tiểu bang và các cơ quan khác theo yêu cầu.
- Tôi hiểu rằng thông tin bổ sung có thể được yêu cầu để đủ điều kiện nhận hỗ trợ.

Nếu quý vị nhận khoản tiền thanh toán từ công ty bảo hiểm, chương trình bồi thường cho người lao động, hoặc bất kỳ bên thứ ba nào khác, quý vị đồng ý thông báo cho bệnh viện biết về bất kỳ khoản thanh toán nào như vậy. Bệnh viện có quyền thu các khoản chi phí ban đầu theo hóa đơn đầy đủ nếu bên thứ ba thanh toán các dịch vụ của bệnh viện cho quý vị.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người Nộp đơn

\_\_\_\_\_  
Ngày

# **Chương trình Thanh toán Công bằng của Bệnh viện tại California**

## **LƯU Ý:**

Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi (909) 806-1304 hoặc đến Community Hospital of San Bernardino. Phòng khám sẽ mở cửa từ 8:00 sáng - 4:30 chiều tại Community Hospital of San Bernardino, 1805 Medical Center Drive, San Bernardino, CA 92411. Các tiện ích và dịch vụ hỗ trợ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi, chữ in lớn, tệp âm thanh và các định dạng điện tử dễ tiếp cận khác sẽ được chuẩn bị sẵn. Các dịch vụ này đều miễn phí.

## **Trợ giúp Quý vị Thanh toán Hóa đơn**

Hiện có các tổ chức đại diện cho người sử dụng dịch vụ phi lợi nhuận có thể giúp quý vị hiểu quy trình lập hoá đơn và thanh toán. Quý vị có thể gọi cho Hiệp hội Người sử dụng Dịch vụ Y tế theo số 888-804-3536 hoặc truy cập [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) để biết thêm thông tin.

## **Chương trình Khiếu nại Hóa đơn Bệnh viện**

Chương trình Khiếu nại Hóa đơn Bệnh viện là một chương trình của tiểu bang nhằm xem xét các quyết định mà bệnh viện đưa ra về việc liệu quý vị có đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán hóa đơn bệnh viện hay không. Nếu quý vị cho rằng quyết định từ chối hỗ trợ tài chính của bệnh viện là không thỏa đáng, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Chương trình Khiếu nại Hóa đơn Bệnh viện. Hãy truy cập [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) để biết thêm thông tin và nộp đơn khiếu nại.

## **Đơn đăng ký Đủ điều kiện nhận Khoản Giảm trừ Thanh toán hoặc Chăm sóc Từ thiện**

(1) Đối với những bệnh nhân chỉ đăng ký nhận khoản giảm trừ thanh toán, bệnh viện có thể chỉ yêu cầu phiếu lương hoặc tờ khai thuế thu nhập gần đây để chứng minh thu nhập.

(2) Những bệnh nhân chỉ đăng ký nhận khoản giảm trừ thanh toán có thể nhận được mức hỗ trợ tài chính ít hơn những gì có thể nhận theo chương trình chăm sóc từ thiện.