

HƯỚNG DẪN NỘP ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

Đây là đơn xin hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc từ thiện) ở Stanford Medicine. Cho các mục đích hỗ trợ tài chính, “Stanford Medicine” sẽ bao gồm Stanford Medicine Health Care, Stanford Medicine Tri-Valley và Stanford Medicine Partners. Stanford Medicine cung cấp hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân không có bảo hiểm có thu nhập gia đình ở mức 400% hoặc thấp hơn Mức Nghèo Liên Bang, và cho các bệnh nhân có bảo hiểm có thu nhập ở mức 400% hoặc thấp hơn Mức Nghèo Liên Bang và có chi phí y tế cao, như được xác định dưới đây. Hỗ trợ tài chính chỉ áp dụng cho các dịch vụ do Stanford Medicine cung cấp.

Stanford Medicine có nhiều chương trình hỗ trợ tài chính dành cho bệnh nhân. Các lựa chọn hỗ trợ tài chính của chúng tôi bao gồm:

Không Cần Nộp Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

- **Giảm Chi Phí Cho Người Không Có Bảo Hiểm** – Tất cả bệnh nhân không có bảo hiểm đều sẽ tự động được nhận quyền lợi giảm chi phí của Stanford Medicine. Một số dịch vụ không được giảm chi phí đối với bệnh nhân không có bảo hiểm – hãy liên hệ với phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng để biết thêm thông tin.

Cần Nộp Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

- **Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần** – Các bệnh nhân không có bảo hiểm có thu nhập gia đình ở mức 400% hoặc thấp hơn Mức Nghèo Liên Bang, và các bệnh nhân có bảo hiểm có thu nhập ở mức 400% hoặc thấp hơn Mức Nghèo Liên Bang và có chi phí y tế cao (như được xác định dưới đây) đủ điều kiện hợp lệ để được giảm 100% số tiền mà bệnh nhân phải trả. Một số dịch vụ không đủ điều kiện để hưởng hỗ trợ tài chính – hãy liên hệ với phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng để biết thêm thông tin. “Chi phí y tế cao” nghĩa là (i) chi phí tự xuất túi hàng năm mà người đó phải chi trả tại Stanford Medicine vượt quá mức nào thấp hơn trong hai mức là 10 phần trăm thu nhập hiện tại của gia đình bệnh nhân hoặc thu nhập gia đình trong 12 tháng trước đó; hoặc (ii) chi phí tự xuất túi hàng năm vượt quá 10 phần trăm thu nhập gia đình của bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về các khoản chi phí y tế của mình do bệnh nhân tự trả hoặc gia đình của bệnh nhân chi trả trong 12 tháng trước đó.

Gia Hạn Các Kế Hoạch Thanh Toán Không Lãi Suất

- Bệnh nhân có thể yêu cầu gia hạn kế hoạch thanh toán cho số tiền nợ đến hạn. Tất cả các kế hoạch thanh toán đều không lãi suất. Bệnh nhân có quyền thương lượng về kỳ hạn kế hoạch thanh toán của mình.

Để đơn xin hỗ trợ tài chính của quý vị được xử lý, quý vị cần phải:

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình quý vị; điền số thành viên trong gia đình quý vị, có thể bao gồm: Khi bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, gia đình bao gồm:
 - Bệnh nhân
 - Vợ/chồng
 - Bạn đời chung sống đã đăng ký
 - Người phụ thuộc là con cái dưới 21 tuổi
 - Người phụ thuộc là con cái ở mọi độ tuổi nếu có khuyết tật

Khi bệnh nhân dưới 18 tuổi, hoặc 18-20 tuổi nếu là người phụ thuộc, gia đình bao gồm:

- Bệnh nhân
 - Cha mẹ của bệnh nhân
 - Người thân chăm sóc bệnh nhân
 - Người con khác dưới 21 tuổi là người phụ thuộc của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc
 - (Các) người con khác ở mọi độ tuổi (nếu họ có khuyết tật) của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về mức thu nhập gộp hàng tháng của gia đình quý vị (thu nhập trước thuế và các khoản giảm trừ)
 - Đính kèm các thông tin bổ sung nếu cần
 - Ký và ghi rõ ngày tháng nộp đơn

Với các đơn xin hỗ trợ tài chính và tài liệu hỗ trợ được nộp bằng tiếng Anh, hiện giờ quý vị có thể nộp tài liệu qua MyHealth. Với các loại đơn khác, vui lòng nộp đơn qua thư, email, fax hoặc đến nộp trực tiếp tại các địa chỉ dưới đây. Stanford Medicine sẽ tôn trọng tính bảo mật và danh dự của từng bệnh nhân. Mọi thông tin được gửi tới để xin hỗ trợ tài chính sẽ được coi là thông tin y tế được bảo vệ theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (HIPAA). Thông tin có trong đơn xin hỗ trợ tài chính này sẽ không được Stanford Medicine sử dụng trong các hoạt động thu thập dữ liệu.

**Stanford Medicine Health Care hoặc Stanford
Medicine Partners**

500 Pasteur Drive, Palo Alto, CA 94304

Phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng

Điện Thoại: (800) 549-3720

Thứ Hai – Thứ Sáu 9:00 sáng – 5:00 chiều

stanfordhealthcare.org/financial-assistance

Stanford Medicine Tri-Valley

5555 W Las Positas Blvd, Pleasanton, CA 94588

Phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng

Điện Thoại: (800) 549-3720

Thứ Hai – Thứ Sáu 9:00 sáng – 5:00 chiều

stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html

Để biết thêm thông tin về hỗ trợ tài chính, hoặc nếu quý vị cần trợ giúp để hoàn thiện đơn, vui lòng liên hệ phòng Lập Hóa Đơn Dịch Vụ Khách Hàng, hoặc truy cập trang web Hỗ Trợ Tài Chính của cơ sở nơi quý vị đang điều trị. Quý vị có thể được trợ giúp với bất cứ lý do gì, bao gồm cả hỗ trợ cho người khuyết tật và hỗ trợ về mặt ngôn ngữ. Khi nộp đơn xin hỗ trợ tài chính, quý vị cho phép cho chúng tôi đặt những câu hỏi cần thiết để xác nhận các nghĩa vụ và thông tin tài chính.

THÔNG TIN QUAN TRỌNG CẦN CUNG CẤP KHI NỘP ĐƠN

Bằng Chứng về Thu Nhập (POI): Vui lòng cung cấp một bản sao **phiếu lương mới nhất** hoặc **tờ khai thuế thu nhập mới nhất** của mọi thành viên trong gia đình bệnh nhân, theo danh sách liệt kê ở trên. “Tờ khai thuế thu nhập mới nhất” là tờ khai thuế nêu rõ thu nhập của Bệnh Nhân cho năm mà Bệnh Nhân được lập hoá đơn lần đầu tiên hoặc 12 tháng trước khi Bệnh Nhân được lập hoá đơn lần đầu tiên. “Phiếu lương mới nhất” là phiếu lương trong khoảng thời gian 6 tháng trước hoặc sau khi Bệnh Nhân được bệnh viện lập hoá đơn lần đầu tiên, hoặc khi nộp đơn trong trường hợp chưa nhận dịch vụ.

Vui lòng gửi các tài liệu của quý vị tới địa chỉ cụ thể bên dưới:

Loại Thu Nhập	Tài liệu có thể được chấp nhận
Thu Nhập Từ Công Việc	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại (Nếu khai có người phụ thuộc, cần phải khai thuế) <p>HOẶC</p> <ul style="list-style-type: none"> Bản sao của hai bảng lương liên tiếp gần nhất (đối với người nộp đơn và người cùng nộp đơn, nếu có)
Tự Kinh Doanh	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại
An Sinh Xã Hội/Hưu Trí	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại <p>HOẶC</p> <ul style="list-style-type: none"> Bản sao Thư Trao Nhận từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội, trong đó nêu rõ khoản tiền được trả hàng tháng <p>VÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> Bản sao thông báo nhận tiền hàng tháng hoặc thư cấp Hưu Trí.
Khuyết Tật	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại <p>HOẶC</p> <ul style="list-style-type: none"> Bản sao Thư Trao Nhận tiền trợ cấp khuyết tật, trong đó nêu rõ khoản tiền trợ cấp khuyết tật được trả hàng tháng

Loại Thu Nhập	Tài liệu có thể được chấp nhận
Thất Nghiệp	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại HOẶC Bản sao Thư Trao Nhận trợ cấp thất nghiệp, trong đó nêu rõ khoản tiền hỗ trợ được nhận hàng ngày, hàng tuần, hoặc hàng tháng
Hỗ Trợ Dành Cho Vợ/Chồng	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại, trong đó có nêu khoản thu nhập này. HOẶC Bản sao thư chính thức từ tòa án, trong đó nêu rõ số tiền được nhận hàng tháng
Thu Nhập Kiểm Được Từ Tài Sản Cho Thuê	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao Biểu Mẫu Lịch Trình 1
Thu Nhập Từ Đầu Tư	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại
Bảng Chứng về Người Phụ Thuộc	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao tờ Khai Thuế Cá Nhân (Biểu Mẫu 1040, chỉ Trang 1 và 2) cho năm tính thuế hiện tại
Bảng Chứng Ghi Danh Học (Đối với học sinh, sinh viên)	<ul style="list-style-type: none"> Bản sao thư đăng ký/ghi danh học, hoặc bảng điểm tại trường cao đẳng hay đại học của quý/học kỳ hiện tại. VÀ Thư/email từ người nộp đơn giải trình về việc các chi phí hàng tháng hiện đang được hỗ trợ chi trả bằng cách nào (nếu không có nguồn thu nhập nào được báo cáo)
Thư Hỗ Trợ	<ul style="list-style-type: none"> Thư/email từ người nộp đơn giải trình về việc các chi phí hàng tháng hiện đang được hỗ trợ chi trả bằng cách nào (nếu không có nguồn thu nhập nào được báo cáo)

Các loại tài liệu sau đây không được chấp nhận để xét duyệt Hỗ Trợ Tài Chính của Stanford Medicine

- Biểu Mẫu 1099
- Biểu Mẫu W-2
- Bản Sao Kê Ngân Hàng
- Bản Khai Thuế
- Danh Sách Các Chi Phí Cá Nhân
- Bản Sao Các Khoản Thanh Toán

Chúng tôi sẽ nỗ lực hết sức trong phạm vi có thể để nhanh chóng xử lý đơn của quý vị, và sau khi đơn đã được xét duyệt, quý vị sẽ nhận được thư xác nhận kết quả.

Gửi lại đơn đã điền đầy đủ tới:

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Services
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715
Fax: (650) 493-8623
E-mail: FAA@stanfordhealthcare.org

(Trang này được cố ý để trống)

ĐƠN XIN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH

NGÀY NỘP: _____

Vui lòng điền đầy đủ tất cả các thông tin. Vui lòng viết in hoa tất cả các thông tin.

VUI LONG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng quý vị sẽ đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính, kể cả khi quý vị đã nộp đơn xin hỗ trợ.
- Sau khi quý vị gửi đơn, chúng tôi có thể cần xác nhận thông tin và yêu cầu thêm thông tin hoặc bằng chứng về thu nhập của quý vị.

1. THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

(VUI LONG CHO BIẾT TÊN CỦA TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI XIN XÉT DUYỆT HỖ TRỢ TÀI CHÍNH)

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Số Hồ Sơ Y Tế
Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Số Hồ Sơ Y Tế
Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Số Hồ Sơ Y Tế

Nếu bệnh nhân là trẻ vị thành niên, vui lòng liệt kê cha mẹ/người giám hộ với tư cách là người nộp đơn và người cùng nộp đơn.

2. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO LÃNH)

Mối Quan Hệ với Bệnh Nhân: Bản thân Vợ/Chồng/Bạn Cha/Mẹ Khác

Đời Chung Sống

Tình Trạng Hôn Nhân: Độc thân Đã kết hôn Bạn Đời Chung Sống Đã ly hôn

Ly thân Ở góa

Nếu quý vị chọn "Đã Kết Hôn", vui lòng hoàn thành Mục 3.

Họ	Tên	Chữ Cái Đầu Tên Đệm	Công dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày Sinh:	Số Người Phụ Thuộc (Ngoài bản thân và người cùng nộp đơn)		Độ Tuổi của Người Phụ Thuộc	Số Điện Thoại Nhà ()
Địa Chỉ Khu Phố		Thành Phố	Tiểu Bang	Quận
Mã Zip				
Chủ Lao Động Hiện Tại	Địa Chỉ Khu Phố	Thành Phố	Tiểu Bang	Chức Vụ
* Nếu hiện tại quý vị không đi làm, thì quý vị đã thất nghiệp trong bao lâu?				

3. THÔNG TIN NGƯỜI CUNG NỘP ĐƠNMối Quan Hệ với Bệnh Nhân: Vợ/Chồng Cha/Mẹ

Họ		Tên		Chữ Cái Đầu Tên Đệm		Công dân Hoa Kỳ: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Ngày Sinh:	Số Người Phụ Thuộc (ngoài bản thân và người cùng nộp đơn)		Độ Tuổi của Người Phụ Thuộc		Số Điện Thoại Nhà ()		
Địa Chỉ Khu Phố			Thành Phố		Tiểu Bang	Quận	Mã Zip
Chủ Lao Động Hiện Tại		Địa Chỉ Khu Phố		Thành Phố		Tiểu Bang	Chức Vụ

* Nếu hiện tại quý vị không đi làm, thì quý vị đã thất nghiệp trong bao lâu?

**4. BẢO HIỂM KHÁC
MỌI CÂU HỎI ĐỀU LÀ VỀ BỆNH NHÂN**Đánh dấu
vào câu trả
lời phù hợp

1.	Bệnh nhân có bảo hiểm y tế không? Nếu có, hãy cung cấp các thông tin sau: Tên Bảo Hiểm Sức Khỏe: _____ Số Điện Thoại Bên Bảo Hiểm: _____ Tên Người Đăng Ký: _____ Số Định Danh Thành Viên/Bệnh Nhân: _____ Ngày Có Hiệu Lực: _____ Tên Nhóm/Chủ Lao Động: _____ Số Nhóm: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.	Bệnh nhân có đủ điều kiện tham gia chương trình hỗ trợ y tế của tiểu bang không? Nếu có, hãy cung cấp các thông tin sau: Tên Chương Trình: _____ Quận: _____ Số Định Danh Bệnh Nhân: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3.	Bệnh nhân có đang được điều trị cho các thương tổn được chi trả bởi khoản Bồi Thường Cho Người Lao Động không? Nếu có, vui lòng cung cấp các thông tin sau: Tên của Bên Chi Trả Bồi Thường Cho Người Lao Động? _____ Tên của Người Đàm Phán Bồi Thường: _____ Số Điện Thoại của Người Đàm Phán Bồi Thường: _____ Ngày Xảy Ra Thương Tích: _____ Số Yêu Cầu Thanh Toán/Vụ Việc: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4.	Bệnh nhân có đang được điều trị cho các thương tổn được chi trả bởi Trách Nhiệm Của Bên Thứ Ba như Công Ty Bảo Hiểm Xe Hơi không? Nếu có, hãy cung cấp các nội dung sau: Tên của Hãng Bảo Hiểm Ô Tô hoặc Luật Sư: _____ Số Điện Thoại của Hãng Bảo Hiểm Ô Tô hoặc Luật Sư: _____ Ngày Xảy Ra Thương Tích: _____ Số Yêu Cầu Thanh Toán/Vụ Việc: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.	Bệnh Nhân có phải là Nạn Nhân Của Một Vụ Án không? Nếu có, hãy cung cấp các thông tin sau: Tên của Nhân Viên Phụ Trách Vụ Việc: _____ Số Điện Thoại của Nhân Viên Phụ Trách Vụ Việc: _____ Số Yêu Cầu Thanh Toán/Vụ Việc: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

5. THÔNG TIN THU NHẬP			
Nguồn Thu Nhập Hàng Tháng	Người Nộp Đơn	Người Cùng Nộp Đơn	Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (Người Nộp Đơn + Người Cùng Nộp Đơn)
Thu Nhập Từ Công Việc	\$	\$	\$
An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$
Khuyết Tật	\$	\$	\$
Thất Nghiệp	\$	\$	\$
Hỗ Trợ Dành Cho Vợ/Chồng	\$	\$	\$
Thu Nhập Từ Cho Thuê Tài Sản	\$	\$	\$
Thu Nhập Từ Đầu Tư	\$	\$	\$
(Các) Khác - vui lòng điền vào khoảng trống này	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Tổng Cộng Thu Nhập Hàng Tháng			

6. BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM CÓ CHI PHÍ Y TẾ CAO

Tôi xác nhận rằng tôi là bệnh nhân có bảo hiểm có chi phí y tế cao, nghĩa là (i) chi phí tự xuất túi hàng năm mà tôi phải chi trả tại Stanford Medicine vượt quá mức thấp hơn trong hai mức là 10 phần trăm thu nhập hiện tại của gia đình bệnh nhân hoặc thu nhập gia đình trong 12 tháng trước đó; hoặc (ii) chi phí tự xuất túi hàng năm do tôi tự trả hoặc gia đình tôi chi trả trong 12 tháng trước đó vượt quá 10 phần trăm thu nhập của gia đình tôi. Tôi cũng xác nhận rằng Stanford Medicine Health Care có quyền yêu cầu các tài liệu để xác minh chi phí y tế của tôi.

Không áp dụng (Tôi không có bảo hiểm)

7. CHỮ KÝ

Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin ở đây là hợp lệ và đầy đủ, và ủy quyền cho Stanford Medicine Health Care yêu cầu và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào ở trên nếu thấy cần thiết.

Người Nộp Đơn	Ngày	Người Cùng Nộp Đơn	Ngày