



Đơn Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Financial Assistance Application

Chăm sóc Sức khỏe Stanford (Stanford Health Care SHC) có nhiều chọn lựa sẵn có cho những bệnh nhân không có bảo hiểm hay có bảo hiểm dưới mức. Các chọn lựa hỗ trợ tài chính của chúng tôi bao gồm:

Không Cần Đơn Đăng Ký

- **Khoản Khấu Trừ Cho Người Không Có Bảo Hiểm** – Một số dịch vụ có thể không được áp dụng.
- **Kế Hoạch Thanh Toán Không Có Lãi Suất** – Số kết dư thường được thanh toán trong vòng 6 tháng.

Yêu Cầu Phải Có Đơn Đăng Ký

- **Giảm Giá Theo Nhu Cầu Tài Chính** – Giảm giá theo mức tương đương với mức thanh toán của chính phủ. Một số dịch vụ không được áp dụng.
- **Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần** – 100% phần của bệnh nhân cần thanh toán. Một số dịch vụ không được áp dụng.
- **Kế Hoạch Gia Hạn Thanh Toán Không Có Lãi Suất** – Cung cấp cho bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận giảm giá cho người cần tài chính.

Hoàn tất đơn xin nhận hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh và bằng chứng thu nhập phải được nộp để chúng tôi xem giảm giá cho người cần tài chính và/hoặc hỗ trợ tài chính toàn phần. Một khi chúng tôi nhận được đơn đăng ký hoàn chỉnh của quý vị, chúng tôi có thể đánh giá xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn tham gia các chương trình của tiểu bang hay quận hạt không. Nếu đánh giá này xác định quý vị không đủ tiêu chuẩn tham gia những chương trình này, chúng tôi sẽ xem xét đơn đăng ký nhận hỗ trợ tài chính của quý vị để xác định xem liệu quý vị có đủ tiêu chuẩn được giảm giá theo nhu cầu tài chính hay hỗ trợ tài chính toàn phần. Những người đủ tiêu chuẩn có thể nhận hỗ trợ thanh toán hóa đơn bệnh viện cho các dịch vụ được cung cấp ở Bệnh Viện Stanford và hóa đơn cho dịch vụ của bác sĩ điều trị làm việc tại Đại Học Stanford.

Việc giảm giá theo nhu cầu tài chính và hỗ trợ tài chính toàn phần không áp dụng đối với tất cả các dịch vụ, Việc xét các dịch vụ trong tương lai sẽ được dựa trên tính cần thiết về y tế và chi phí lớn đến mức tai hại.

Khi xem xét hỗ trợ tài chính, ưu tiên đầu tiên của chúng tôi là trợ giúp những người đã nhận dịch vụ cấp cứu. Tiếp theo là trợ giúp những người đã hoặc sẽ nhận dịch vụ không cấp cứu nhưng cần thiết về mặt y tế thuộc một trong hai loại sau:

- A. Loại 1: Stanford Health Care là bệnh viện gần nhất với nhà hoặc nơi làm việc của bệnh nhân; hoặc
- B. Loại 2: Stanford Health Care không phải là bệnh viện gần nhất với nhà hoặc nơi làm việc của bệnh nhân nhưng có một hay nhiều yếu tố sau:
 - (a) Bệnh nhân có tình trạng khác thường hoặc bất thường đòi hỏi phải được điều trị ở Stanford Health care theo nhận định của Giám Đốc Phụ Trách Chất Lượng và Thông Tin Y Tế của SHC,
 - (b) Sự chăm sóc bệnh nhân sẽ đẩy mạnh sứ mệnh giảng dạy của cơ sở theo nhận định của Giám Đốc Phụ Trách Chất Lượng và Thông Tin Y Tế của SHC.

Thông Tin Quan Trọng Cần Thiết Với Đơn Đăng Ký

Bảng Chứng Thu Nhập (POI): Vui lòng cung cấp những thông tin sau hoặc giải thích về lý do tại sao những thông tin này không được cung cấp. Tài liệu thiếu sót có thể trì hoãn quá trình xử lý đơn đăng ký của quý vị và có thể dẫn đến quyết định từ chối hỗ trợ.

Dưới đây là danh sách tài liệu POI cần thiết để được cứu xét Hỗ Trợ Tài Chính của SHC.	
Loại Thu Nhập	Tài liệu cần thiết
Thu Nhập Từ Việc Làm	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tạiBản sao hai cuống lương gần đây nhất
Tự Kinh Doanh	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) 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 (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tạiBản sao Thư Trợ Cấp từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội nêu rõ khoản thanh toán hàng thángBản sao thông báo về khoản thanh toán hàng tháng từ Cơ Quan An Sinh Xã Hội
Khuyết Tật	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tạiBản sao Thư Trợ Cấp từ cơ quan phụ trách khuyết tật nêu rõ khoản thanh toán hàng tháng dành cho người khuyết tậtBản sao thông báo thanh toán hàng tháng từ cơ quan phụ trách khuyết tật
Thất Nghiệp	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tạiBản sao Thư Trợ Cấp từ cơ quan phụ trách thất nghiệp nêu rõ số tiền trợ cấp hàng tuần hoặc hàng thángBản sao thông báo thanh toán hàng tháng từ cơ quan phụ trách thất nghiệp
Trợ Cấp cho Vợ/Chồng/Trợ Cấp Nuôi Con	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tạiBản sao thư nêu rõ số tiền trợ cấp hàng tháng
Bất Động Sản Cho Thuê	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tại
Thu Nhập do Đầu Tư	<ul style="list-style-type: none">Bản sao tờ khai thuế cá nhân (Mẫu 1040) 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 (Mẫu 1040) cho năm tính thuế hiện tại

Chúng tôi sẽ thực hiện mọi nỗ lực hợp lý để xử lý đơn đăng ký của quý vị nhanh chóng và ngay sau khi đơn đăng ký của quý vị được xem xét, quý vị sẽ nhận được thư xác nhận kết quả. Đơn đăng ký hoàn chỉnh có thể được gửi qua đường bưu điện cùng với tài liệu hỗ trợ cần thiết tới địa chỉ được liệt kê dưới đây:

Stanford Health
Care
Attention: Patient
Financial Assistance
2465 Faber Place
Palo Alto, Ca. 94303

Đơn đăng ký cũng có thể được gửi fax theo số (650) 493-8623



**ĐƠN ĐĂNG KÝ NHẬN HỖ TRỢ TÀI CHÍNH
FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

NGÀY ĐĂNG KÝ: _____

1. THÔNG TIN GIA ĐÌNH (VUI LÒNG CUNG CẤP TÊN TẤT CẢ NHỮNG NGƯỜI CẦN XEM XÉT ĐƯỢC HỖ TRỢ TÀI CHÍNH) - VUI LÒNG VIẾT CHỮ IN HOA TẤT CẢ CÁC THÔNG TIN -			
Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Số Hồ Sơ Y Tế
Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Số Hồ Sơ Y Tế
Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Số Hồ Sơ Y Tế

Nếu bệnh nhân là trẻ em, vui lòng liệt kê phụ huynh/(những) người giám hộ với tư cách là người nộp đơn và người cùng nộp đơn.

2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO LÃNH)			TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN		
QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN			TÌNH TRẠNG HÔN NHÂN		
<input type="checkbox"/> Bệnh nhân <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng/Bạn Đời Sống Chung <input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Khác			<input type="checkbox"/> Độc Thân <input type="checkbox"/> Đã Kết Hôn/Bạn Đời Sống Chung <input type="checkbox"/> Ly Dị <input type="checkbox"/> Ly Thân <input type="checkbox"/> Góa bụa		
NẾU QUÝ VỊ ĐÁNH DẤU CÓ CHO MỤC ĐÃ KẾT HÔN HAY BẠN ĐỜI SỐNG CHUNG, VUI LÒNG ĐIỂN MỤC 3					
Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	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)	Tuổi của Người Phụ Thuộc	Điện Thoại Nhà ()		
Địa Chỉ Đường Phố (Không Liệt Kê Hộp Thư Bưu Điện)		Thành Phố	Tiểu Bang	Quận hạt	Mã Zip
Chủ Lao Động Hiện Tại		Địa Chỉ Đường Phố, Thành Phố, Tiểu Bang	Chức Vụ		
* Nếu quý vị hiện không làm việc, quý vị đã thất nghiệp được bao lâu?					
3. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CÙNG NỘP ĐƠN (NGƯỜI BẢO LÃNH)			QUAN HỆ VỚI BỆNH NHÂN		
			<input type="checkbox"/> Vợ/Chồng/Bạn Đời Sống Chung <input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Khác _____		
Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Công Dân Hoa Kỳ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Ngày Sinh	Số Người Phụ Thuộc (không bao gồm những người do người cùng nộp đơn kê khai)	Tuổi của Người Phụ Thuộc	Điện Thoại Nhà ()		
Địa Chỉ Đường Phố (Không Liệt Kê Hộp Thư Bưu Điện)		Thành Phố	Tiểu Bang	Quận Hạt	Mã Zip
Chủ Lao Động Hiện Tại		Địa Chỉ Đường Phố, Thành Phố, Tiểu Bang	Chức Vụ		
* Nếu quý vị hiện không làm việc, quý vị đã thất nghiệp được bao lâu?					

4. CÂU HỎI KHÁC VỀ KHOẢN BAO TRẢ: - (Tất cả các câu trả lời liên quan đến bệnh nhân)		Đánh dấu vào câu trả lời thích hợp
1	Bệnh nhân có bảo hiểm y tế không? Nếu có, vui lòng cung cấp những thông tin sau: Tên Công Ty Bảo Hiểm Y Tế: _____ Tên Người Đăng Ký: _____ Số Nhận Dạng Thành Viên/Bệnh Nhân : _____ Số Nhóm: _____ Tên Nhóm/Chủ Lao Động: _____ Ngày Có Hiệu Lực: _____ Số Điện Thoại của Công Ty Bảo Hiểm Y Tế: _____	<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, vui lòng cung cấp những thông tin sau: Tên chương trình: _____ Quận: _____ Số Nhận Dạng Bệnh Nhân: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3	Bệnh nhân đang được điều trị chấn thương do Bồi Thường Cho Người Lao Động bao trả phải không? Nếu có, vui lòng cung cấp những thông tin sau: Tên của Cơ Quan Bồi Thường Cho Người Lao Động: _____ Tên của Chuyên Viên Tính Toán Tồn Thất: _____ Số Điện Thoại của Chuyên Viên Tính Toán Tồn Thất: _____ Ngày Xảy Ra Chấn Thương: _____ Số Yêu Cầu Bồi Thường/Hồ Sơ Cứu Xét: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4	Bệnh nhân đang được điều trị chấn thương do Bảo Hiểm Trách Nhiệm Bên Thứ Ba bao trả phải không, thí dụ Công Ty Bảo Hiểm Xe Hơi? Nếu có, vui lòng cung cấp những thông tin sau: Tên của Công Ty Bảo Hiểm Xe hơi hay Luật Sư: _____ Số Điện Thoại của Công Ty Bảo Hiểm Xe hơi hay Luật Sư: _____ Ngày Xảy Ra Chấn Thương: _____ Số Yêu Cầu Bồi Thường/Hồ Sơ Cứu Xét: _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5	Bệnh nhân có phải là Nạn Nhân của Tội Ác không? Nếu có, vui lòng cung cấp những thông tin sau: Ngày xảy ra chấn thương: _____ Tên của Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ: _____ Số Điện Thoại của Nhân Viên Phụ Trách Hồ Sơ: _____ Số Hồ Sơ: _____	<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	Thu Nhập Hàng Tháng Kết Hợp (Người Nộp Đơn + Người Cùng Nộp Đơn)
Thu Nhập Từ Việc Làm	\$	\$	\$
An Sinh Xã Hội	\$	\$	\$
Khuyết Tật	\$	\$	\$
Thất Nghiệp	\$	\$	\$
Trợ Cấp Cho Vợ/Chồng/Trợ Cấp Nuôi Con	\$	\$	\$
Bất Động Sản Cho Thuê	\$	\$	\$
Thu Nhập từ Đầu Tư	\$	\$	\$
[Các] nguồn khác sử dụng các ô trống này	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Tổng Thu Nhập Hàng Tháng Kết Hợp:			\$

6. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG CÓ THU NHẬP HÀNG THÁNG, VUI LÒNG GIẢI THÍCH CÁCH QUÝ VỊ TRANG TRẢ CHI PHÍ HÀNG THÁNG CỦA QUÝ VỊ, SỬ DỤNG TRANG BỔ SUNG NẾU CẦN.

7. CHỮ KÝ

Tôi xác nhận tất cả các thông tin đều hợp lệ và hoàn chỉnh và theo mẫu khai này cho phép Bệnh Viện & Phòng Khám Stanford yêu cầu và/hoặc xác minh bất kỳ thông tin nào nêu trên được xem là cần thiết.

Người Nộp Đơn	Ngày	Người Cùng Nộp Đơn	Ngày
_____	_____	_____	_____

**Gửi lại đơn đăng ký hoàn chỉnh tới: SHC Patient Financial Assistance
Patient Financial Services
2465 Faber Place, Palo Alto, CA 94303**